الضغط النفسي

ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية

الدكتورة
ماجدة بهاء الدين السيد عبيد





www.darsafa.net









صدق الله العظيم

الضغط النفسي

ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية



الضغط النفسي

ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية

الدكتورة
ماجدة بهاء الدين السيد عبيد

الطبعة الأولى
2008م - 1429هـ

دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (74/ 1/ 2008)

152.2

عبيد، ماجدة بهاء الدين

الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية/ ماجدة بهاء الدين عبيد.- عمان: دار صفاء، 2008.

( ) ص

ر . أ (74/ 1/ 2008)

الواصفات: / الضغط النفسي// الصحة النفسية// سيكولوجية الشخصية// المشكلات النفسية/

* تم إعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى

2008 م - 1429 هـ

دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان - شارع السلط - مجمع الفحيص التجاري - تلفاكس 4612190 6 962+

ص.ب 922762 عمان - 11192 الاردن

DAR SAFA Publishing - Distributing

Telefax: +962 6 4612190 P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan

http://www.darsafa.net

E-mail :safa@darsafa.net

ردمك ISBN 978-9957-24-348-7

الفهرس

الفصل الثالث

الشخصية والتكيف

الفصل الرابع

نظريات الشخصية والضغط النفسي

الفصل الخامس

السلوك السوي والسلوك الشاذ

الفصل السادس

مشكلات الحياة النفسية وأثرها في الصحة النفسية

الفصل السابع

طرق التكيف

الفصل الثامن

مشكلات الصحة النفسية

الفصل التاسع

اضطرابات العادات أو مشكلات متعلقة بالعادات

الفصل العاشر

أساليب معالجة الاضطرابات النفسية والتغلب على الضغوط

الفصل الحادي عشر

دور المجتمع في الوقاية من الضغوطات النفسية



المقدمة

يناقش هذا الكتاب الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، حيث يتكون الكتاب من :

- الفصل الأول: يحتوي الفصل الأول على الضغط النفسي بأنواعه وأسبابه وتأثيره على الفرد من النواحي الفسيولوجية والمعرفة والانفعالية والسلوكية، وكيف بالامكان قياس هذا الضغط النفسي.
- أما الفصل الثاني: فيحتوي على التكيف النفسي والنظريات المتعلقة بالتكيف النفسي، ويحتوي أيضاً على مصادر سوء التكيف النفسي عند الفرد.
- كما يركز الفصل الثالث على الشخصية وخصائصها ومحدداتها.
- فيما يركز الفصل الرابع على نظريات الشخصية والضغط النفسي منها نظريات الانماط ونظريات السمات ، ونظرية التحليل النفسي، كذلك نظريات التعلم بما فيها النظرية السلوكية والنظرية المعرفية، ونظرية المجال، ونظرية الذات، أيضاً يركز على طرق التعرف على الشخصية وسمات الشخصية السوية، كذلك يركز على النظريات المفسرة للضغوط.
- وبعد ذلك تناول الفصل الخامس السلوك السوي والسلوك الشاذ، حيث يوضح محكات السلوك الشاذ، ومعايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، كذلك يُوضح مستويات الشذوذ وسوء التكيف وأسباب الشذوذ مع توضيح علاقة القهر مع العنف والعدوان، وتناول أيضاً الصحة النفسية للطفل وأساليب التربية.
- أما الفصل السادس فقد تناول مشكلات الحياة النفسية وأثرها في الصحة النفسية، ومنها الإحباط بأنواعه وآثاره، كذلك الصراع وأنواعه وآثاره، وتناول أيضاً القلق وأعراضه والعوامل المرتبطة بالقلق وأسبابه، مع توضيح الخوف والقلق وأنواع القلق وطرق الوقاية منه ومن ثم علاجه.

- ولما لطرق التكيف من أهمية فقد تناول الفصل السابع الطرق المباشرة للتكيف ومنها المواجهة والانسحاب والخضوع والهجوم والعدوان، والتأمل والتدريب على الاسترخاء، كذلك الضبط الذاتي، أيضاً ثم توضيح الطرق الغير مباشرة للتكيف وهي أساليب الدفاع الأولية ومنها الكبت والتقمص والتبرير والنكوص.
- قد تناول الفصل الثامن مشكلات الصحة النفسية من ناحية الضغوط والامراض النفسية، أيضاً تم توضيح مشكلات الصحة النفسية بوجه عام ومنها الحالات العصابية والحالات الذهانية ، كذلك الحالات السيكوسوماسية أو النفسجسمية، أيضاً اضطرابات الخلق (الانحرافات السيكوباتية).
- ولاضطرابات العادات أيضاً تأثير على الصحة النفسية فالفصل التاسع يوضح هذه الاضطرابات ومنها مص الإصبع، قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، واضطرابات النوم، ومشكلات الأكل، واضطرابات النطق، واللزمات.
- أما الفصل العاشر فيحتوي على أساليب معالجة الاضطرابات النفسية والتغلب على الضغوط النفسية،واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، ومن الطرق المتبعة لعلاج الاضطرابات النفسية العلاج السلوكي والعلاج النفسي الجماعي والعلاج باللعب ،والعلاج المعرفي السلوكي، والاسلوب السيكودينمي، والعلاج الأسري، وأخيراً العلاج بالفن.

أما الفصل الحادي عشر والأخير فيحتوي على دور المجتمع في الوقاية من الضغوط النفسية من أهم المؤسسات للتنشئة الجيدة (الأسرة، والمدرسة) ويحتوي الفصل أيضاً طرق الوقاية من الضغوط.

أرجو من الله العلي القدير أن يساعد هذا الكتاب في تحقيق هدفه في الحصول على المعلومات المناسبة حول معرفة أسباب الضغوط النفسية والمشكلات التي تسببها الضغوط وطرق معالجتها والوقاية منها.

د. ماجدة السيد عبيد

١

الفصل الأول

الضغط النفسي



الضغط النفسي

عاش الإنسان منذ بداية الكون باحثاً عن الاستقرار والأمـان، جارياً وراء الراحة التي تعطيه الإتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينـة لـه ولأبنائـه، فهو يسعى لتخفيف عبء الحيـاة عـن كاهلـه، ولما ازدادت الحيـاة تعقيـداً وقـوة توسعت وازدادت مطالبها وحاجاتها، ازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلـك المطالب، فلا يستطيع التوقف عن مجاراة ذلك، لأنه سيتخلف عن اللحاق بها، مما اضطره إلى مواكبة التسارع لتحقيق الرغبـات والمطـالب.هـذا الإسـراع زاده مـرة أخرى من الضغط على النفس وتحميلها أكثر مـن طاقتـها بغيـة اللحـاق بموكـب التحضر بكل ما يحمله من قسوة ورخاء...فالحضارة تحمل معـها ريـاح التغيـير، والتغيير يحمل معه التبديل في السلوك، وينتج عنه بعض الانحرافات، وهي بالتـالي نتاج الحضارة.

إن الضغوط بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع الـذي يـؤدي إلى إفراز انحرافات تشكل عبئاً على قدرة ومقاومة النـاس في التحمـل .... فريـاح الحضارة تحمل في طياتها آفـات تسـتهدف النفس الإنسـانية، وزيـادة التطـور تحمّـل النفس أعباء فوق الطاقة، وينتج عنها زيادة في الضغوط علـى أجسـامنا، مما ينعكـس على الحالة الصحيـة (الجسـدية...البدنيـة) والنفسـية ويـؤدي ذلـك إلى الإنـهيار ثـم الموت.

أصبحت الضغـوط النفسية سمة من سمات الحياة المعاصرة، تساير تغيرات المجتمعات الإنسانية وتحولاتها بأبعادها المختلفة، وهـي تصيـب الكبـار والصغـار على حد سواء، ويرى علماء النفس أن الأطفال يعانون مـن الضغـوط النفسـية

أكثر من الكبار، وذلك بسبب قلة خبراتهم في مواجهة هـذه الضغـوط والتغلـب عليها.

والضغوط النفسية أمر طبيعـي في حيـاة الإنسـان، ويمكـن لأي عـرض أن يكون لفترة قصيرة مؤشراً لضغوط نفسية طبيعية تزول من تلقاء نفسها وتعود من جديد للظهور كلما تطلب الموقف ذلك، فمن الطبيعي أن يكون الأطفـال قلقـين ومضطربين أمام الحوادث الهامة التي قد تصادفهم بين الحين والآخر، ولا يزل هذا القلق شيء طبيعي لديهم، أما عندما نلاحظ استمرار هذه الأعراض لفترة زمنيـة طويلة فإنها تصبح آنذاك دلائل على ضغط نفسي مزمن وضار (طنجور،2001).

تعريف الضغط النفسي

تعرف الضغوط إجمالا بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يـرى الفـرد أنـها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاهيته النفسية (حسن، 2006).

كذلك **الضغط (Stress) فهو** الحالة الـتي يظهـر فيـها تبـاين ملحـوظ بـين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي، وقدرته على الاستجابة لهـا (جميـل، 1998).

وأشار سيلي (Selye) إلى أن الضغط عبـارة عـن مجموعـة مـن الأعـراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو اسـتجابة غـير محـددة مـن الجسـم نحـو متطلبات البيئة، مثل التغير في الأسرة أو فقـدان العمـل أو الرحيـل والـتي تضـع الفرد تحت الضغط النفسي (الرواشدة، 2006).

وعرف **الضغط النفسي** بأنه استجابة تكيفيـة تحدثـها الفـروق الفرديـة بـين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فـهي تنتـج عـن أي حـدث بيئـي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيـائي للفـرد. إن هذا التعريف يركز على دور الظروف البيئية كسبب في إحداث الضغط، وهذه الظروف هي ما يطلق عليه الضغوط (أبو حميدان والغزاوي،2001).

أيضاً تعرف الضغوط النفسية بأنها هي حالة من الشعور بالضيق وعدم الإرتياح يشترك في تكوينها عوامل عدة نفسية واجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين، والشعور بالإحباط أمام موقف حرج لا مخرج منه، أو نقص التفهم من قبل الأهل والأصدقاء أو المعلمين (طنجور، 2001).

كما أن الضغوط النفسية عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية (الرواشدة، 2006).

كذلك الضغوط النفسية هي مجموعة من المؤثرات غير السارة والتي يُقيِّمها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه وتؤدي إلى اختلال في الوظائف النفسية والفسيولوجية والجسمية لدى الفرد (دافيدوف، 1983).

والضغط النفسي هو محاولة الجسم الدفاع عن نفسه بصورة طبيعية، هذه القدرة الطبيعية مفيدة في حالات الطوارئ، مثل الابتعاد عن طريق سيارة مسرعة، لكنه يمكن أن يسبب أعراض جسمية إذا استمر لمدة طويلة، مثل الاستجابة لتحديات وتغيرات الحياة اليومية.

وعندما يحدث هذا فهو كما لو أن جسمك يستعد للقفز بعيداً عن طريق السيارة، لكنك ما زلت جالساً في مكانك، في هذه الحالة جسمك يقوم بعمل إضافي، بدون أن يجد مكاناً لوضع الطاقة الإضافية، يمكن ان يجعلك هذا تبدو وكأنك متوتراً وقلقاً وخائفاً ومتلهفاً. http://elssafa.com.

وتتضمن محاولات توضيح مفهوم الضغط النفسي عناصر مشتركة هي:

1- الضغط النفسي حالة مزعجة يتخللها شعور بالضيق والارتباك.

2- يظهر الضغط النفسي عندما يواجه الشخص متطلبات تفوق قدراته وإمكاناته التوافقية.

3- يستجيب الفرد لحالة الضغط بعدد من الاستجابات الفسيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية (ضمرة، 2008).

لا يقف الفرد موقفاً سلبياً تجاه المواقف التي تعرضه للضغط النفسي، بل يحاول في العادة العمل على حلها، ويتوقف ذلك على قدراته، وإطاره المرجعي للسلوك، ومهارته في تحمل التأزم، والضغط النفسي، وكثيراً ما تجمع استجاباته التكيفية لمواجهة مثل هذه المواقف التي تسببها أخطاء الحياة اليومية حتى لا يقع فريسة للإضطرابات النفسية، ويصل إلى أعلى مستويات التوافق النفسي والإجتماعي، ويحقق الرضا في حياته.

إن التوافق النفسي الاجتماعي الناجح يتجه نحو بناء الأنا، وازدياد شعور الفرد بأهمية الذات بشكل واضح، وإن إتباع هذا الأسلوب التوافقي يقوي من شخصية الفرد، ويجعله أفضل استعداداً لمواجهة المشكلات، وتجاوز الأزمات والإحساس بالسعادة في حياته (علي، 2001).

كيف تتكون الضغوط:

الضغط ينشأ من داخل الشخص نفسه، ويسمى **ضغط داخلي**، أو قد يكون ناتجاً عن ظروف خارجية مثل العمل، والعلاقات الشخصية مع الأصدقاء، أو شريك الحياة، أو موت عزيز، أو موقف صارم، ويسمى **ضغط خارجي**. وسواء أكانت الضغوط داخلية أو خارجية متمثلة في أحداث الحياة فإنها تعد استجابات لتغيرات بيئية، والأحداث اليومية تُحدِث كثير من الضغط للإنسان ولكن يجب على الفرد أن يساير ظروف الحياة والمواقف المختلفة، وقد يفشل بعض الناس فيمر به خبرات خيبة الأمل والإحباط والصراعات من الضغوط اليومية، لكن عدد قليل هو الذي يواجه الظروف القاسية (دافيدون، 1983).

وميز فيجلي وماكوبين (Figley and Mccubbin 1983) بين نوعين أساسيين باعثين للضغوط النفسية، أحدهما طبيعية وتشمل التغيرات أثناء دورة الحياة كتغيرات العلاقات الأسرية، ونمو أعضاء الأسرة، والأخرى كارثة تصيبهم فجأة وغالبا ما تمنع قدراتهم على المواجهة، وقد تعرف فيجلي وماكوبين على بعض الخصائص التي تميز بواعث ضغوط الكارثة عن بواعث الضغوط الطبيعية وهي:

1- ليس هناك وقت للاستعداد.
2- ممارسة سابقة ضعيفة أو غير موجودة.
3- منابع ضعيفة للإرشاد والتوجيه النفسي.
4- نقص في السيطرة وإحساس بالعجز.
5- إحساس بالضياع والخسارة والفقدان.
6- إحساس بالتدمير والتمزق.
7- تأثير عاطفي عال.
8- وجود مشاكل طبية (جميل، 1998).

العناصر الرئيسية التي تشكل اي موقف ضاغط فهي كما يلي:

- مصادر الموقف الضاغط.
- الاستجابة لهذا الموقف الضاغط.

وبدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك مواقف ضاغطة، حيث أن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطاً، كما أن صدور إستجابة شخص معين لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقول: أن هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا.

إذن استجابة الفرد للأحداث الضاغطة تتوقف على إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط ومدى تأثيره على حياته وعلى تجربة الفرد وخبراته، وإن الضغط يعتبر حملاً زائداً على الأنظمة البيولوجية والنفسية والإجتماعية، وعندما يزيد الضغط عن درجات التحمل يستنفذ طاقات الإنسان الجسمية والنفسية (جميل، 1998).

ويرى ميشيل (Mischel, 1986) إن الكثير من الحوادث الحياتية الهامة وخاصة المتتابعة منها قد تسبب حالة من الإجهاد التراكمي تجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، ويتوقف كون الحادث مجهداً أم لا على تجربة الفرد،

وعبر عن هذه العملية بالإنهاك النفسي (Burnout) وهي أي حالة من إستهلاك القوى الجسدية والعقلية والعاطفية مجتمعة وتنشأ من النتائج التراكمية للإجهاد المتواصل، وهي حالة من الاستنزاف التدريجي للطاقة، فإذا استمرت هذه الحالة يحدث تدهور للجهاز العضوي، حيث يفشل الجهاز المناعي للجسم في مقاومة المرض ونتيجة لهذا يمكن ملاحظة عدم المشاركة في الحياة الإجتماعية، وتقل القدرة على التركيز (جميل، 1998).

أنواع الضغوط:

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى مثل: الضغوط الاجتماعية، وضغوط العمل (المهنية)، والضغوط الاقتصادية، والضغوط الأسرية، والضغوط الدراسية، والضغوط العاطفية.

إن القاسم المشترك الذي يجمع كل الضغوط هو الجانب النفسي، ففي الضغوط الناجمة عن إرهاق العمل ومتاعبه في الصناعة، أولى نتائجه الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب والملل اللذين يؤديان إلى القلق النفسي حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد، وآثار تلك النتائج على التكيف في العمل والإنتاج ، فإذا استفحل هذا الإحساس لدى العامل في عمله، فسوف تكون النتائج: التأثير على كمية الإنتاج، أو نوعيته، أو ساعات العمل، مما يؤدي إلى تدهور صحة العامل الجسدية والنفسية خاصة (www. Annabaa.org).

ويذكر إبراهيم أمثلة على أنواع الضغوط وهي ما يلي:

1- الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية).

2- الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية والانفصال، والطلاق وتربية الأطفال... إلخ.

3- الضغوط الاجتماعية كالتفاعل مع الآخرين، وكثرة اللقاءات أو قلتها، والإسراف في التزاور مع الحفلات.. إلخ.

4- ضغوطات العمل: كالصراعات مع الرؤساء، وضغوط الانتقال كالسفر، والهجرة والإساءة في استخدام العقاقير والكحول... إلخ. (www.Islamonline . net).

أيضا من أنواع الضغوط:

1-**الضغط النفسي الإيجابي:** هو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو المرء وتطوره (كالتفكير مثلا)، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس.

2- **الضغط النفسي السلبي:** أو الضيق فهو عبارة عن الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر هذه الضغوطات سلبا على الحالة الجسدية والنفسية، وتؤدي إلى عوارض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع وآلام المعدة والظهر والتشنجات العضلية وعسر الهضم والأرق وارتفاع ضغط الدم والسكري ... www. toubibonline. Com.

استجابة الإنسان للضغط:

الاستجابة للضغط هي عبارة عن رد فعل معين يصدر عن الفرد لمواجهة المثيرات أو الأحداث الضاغطة في البيئة، وتتضمن إستجابة الضغط عدة مكونات، وهي مكونات معرفية وفسيولوجية وانفعالية وسلوكية، وتتكامل جميع هذه المكونات في ظهور رد الفعل، ولكنه رد فعل غير محدد.

فمن الاستجابات المعرفية ضعف الذاكرة، أفكار خاطئة،سوء تفسير، إدركات خاطئة، اما الاستجابة السلوكية فهي العدوانية، الانسحابية، عدم التنظيم، كذلك الاستجابة الجسمانية فتكون بإثارة اوتوماتيكية، وتغيرات هرمونية وعصبية (معروف،2001).

ولكي نضع الضغط في مفهومه الصحيح يجب أن نعلم أن الضغط ضروري لكي يؤدي الجسم وظائفه بصورة طبيعية، وبدون الضغط قد يموت الفرد، فالضغط ليس مجرد استجابة كمصدر تهديد خارجي، ولكن استجابة

للفرح والسرور، ولقد وضح سيلي الفرق بين الضغط السلبي والاستجابة المدمرة، والضغط الإيجابي الذي يطرأ على الفرد أثناء الشعور بالحيوية، وكلاهما يتضمن إفراز الأدرينالين، وسواء كان الضغط إيجابياً أو سلبياً فإن الجسم يحقق توازناً عن طريق استهلاك نواتج الاستجابة الدماغية، والضغط المتواصل بالإضافة إلى الإثارة الممتدة على فترة زمنية طويلة قد يكون له تأثير مدمر، فالأمراض التي تصيب الجهاز الدوري يكون لها علاقة بالضغط (جميل، 1998).

عندما نستجيب للضغط النفسي بالانفعال أو التوتر أو القلق، فإن هذه الاستجابة ليست (ذهنية) فحسب، عندما نشعر بنوع من التهديد يتم كسرعة تحرير (مراسلات) كيميائية، مما يؤدي إلى تغيرات فيزيائية كسرعة النبض والتنفس وجفاف الفم، وتعمل هذه التغييرات على تحضير الجسد للقتال أو الهروب، وعندما تستجيب للضغط لفترات طويلة، فقد يؤدي ذلك إلى مرض جسدي أو انفعالي. (www.hdr130.net)

وتعد الضغوط الداخلية أو الخارجية مثيرات لا بد أن يستجيب لها الإنسان استجابات مختلفة تبعاً لخصائصه من جهة، وطبيعة تلك الضغوط وشدتها من جهة أخرى، ويمكننا تقسيم الاستجابات إلى:

1- **استجابات إرادية:** وهي تلك التي يعيها الفرد، ويشعر إزاء وقوعها برد فعل مثل استجابته بتخفيف ملابسه عند الإحساس بارتفاع درجة الحرارة أو ارتداء ملابس أخرى عند الإحساس بالبرد.

2- **استجابات لا إرادية:** وهي ردود فعل بعض أجهزة الجسم التي يصعب التحكم بها، مثل الارتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع التحكم فيه، أو العرق بسبب الخجل (www. Annabaa.org).

ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد لا بد من الأخذ بعين الاعتبار عدداً من العوامل مثل : المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط، إدراك الفرد للموقف على أنه ضاغط، ووجود تهديد من الموقف الضاغط، فالمدة

الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط له أهمية في تقدير الضغط النفسي الذي يعانيه الآباء (حسن، 2006).

ويمكن القول أن هناك طريقتين أساسيتين في استجابة الفرد لضغط ما وهما:

1- اعتماد الفرد سلوكاً متعلماً اعتاده من قبل.

2- استخدام الفرد نوعاً من التركيب الجديد لخبرات سابقة فيه بعض الإبداع أو التغيير لمواجهة الظروف الطارئة.

3-استخدام الفرد أسلوباً غير إبداعياً يؤدي بطريقة عشوائية، وغالباً ما ينشأ هذا السلوك بسبب المفاجأة أو شدة المثير الضاغط،وترتبط عملية التكيف بالدوافع، حيث تؤدي الدوافع إلى توجيه سلوك الإنسان نحو نتيجة مرجوة.

إلا أن كل سلوك له أسباب وهذه الأسباب توجد في الدوافع، ومن هذه الدوافع ما هو فسيولوجي في أصله كالحاجة للطعام والحاجة للماء، ومنها ما هو مكتسب ومتعلم (شعبان وتيم، 1999)

إذن استجابة الأفراد لأحداث الحياة تختلف من فرد لآخر، وتتخذ إستجابة الفرد للمواقف الضاغطة بثلاثة أشياء،وهي خصائص الشخصية لدى الفرد، وتاريخ الضغوط لدى الشخص، وكذلك مصادر المواجهة المتاحة لديه للتعامل مع الحدث الضاغط.(حسين وحسين، 2006)

أسباب الضغط النفسي:

الشي الذي يسبب الضغط النفسي يختلف من شخص لآخر، على سبيل المثال، شخص ما قد لا يعاني من الضغط النفسي بسبب التقاعد عن العمل، بينما قد يعاني شخص آخر من الضغط النفسي نتيجة للسبب نفسه. http://elssafa.com

ويمكن للعديد من الأحداث الحياتية أن تكون مصدراً رئيسياً للتوتر، حتى عندما يكون الحدث مفرحاً كالزواج أو الانتقال إلى منزل جديد. (www.tubib.com).

ومن الأسباب الأخرى للضغط الإنارة القوية، الأحداث (الوفاة، الـولادة، الـزواج، الحـرب، الطـلاق، الانتقـال..)، المسـؤوليات (دفـع الفواتـير، الضائقـة المادية)، العمل، الدراسة، الامتحانات، مهام المشـاريع، عمـل جديـد، طـرد مـن العمل ...)، العلاقة الخاصة (اللقاءات الجديدة، المشاكل الزوجية، الخيبـات ..)، نمط (ازدحام السير، التدخين، المبالغة في شرب الكحول، قلة النـوم)، التغـيرات الجسدية (المراهقة). (www. Alhiwar.info)

والضغط يمثل المؤثرات الأساسية للسلوك وهي توجد في بيئة الفرد، بعضها مادي وبعضها الآخر بشري، وتدفع هذه المؤثرات الشخص كـي يقـترب مـن أو يبتعد عن هدف خاص به، وهذه الضغوط تؤدي إما لتحقيق وإشباع الحاجات أو تجنب هـذا الإشـباع، وهـذه الضغـوط محكومـة بـالوضع الأسـري وبـالوضع الاجتماعي، وقد يلعب الوضع الاقتصادي للأسرة دورا في ضغوط من نـوع مـا، وقد يؤدي إلى التنافر أو التناغم بين أفراد الأسرة وأيضـا إلى ضغـوط مـن أنـواع معينة (بطرس، 2007).

التوتر الزائد:

1- يقود التوتر الزائد لارتفاع فـوري في ضغـط الـدم، وهـذا هـو (ضغـط الـدم المرتفـع) المزمـن دون وجـود أسـاس عضـوي بارتفـاع (الضغـط الأساسـي) ويستمر هذا الارتفاع طالما لم يجد المريض حلا للمشكلة الانفعالية، ويولد عبئا ثقيلا في الأوعية الدموية قد تصل إلى نزيف دماغي أو جهد زائـد فـوق طاقـة القلب، وكلاهما مؤشر خطر لقدوم الموت.

2- تكمن خلف ارتفاع الضغـط ديناميـات عدوانيـة، وقلـق حـاد عنـد المصـاب ويزداد قلق المريض من خوفه من التعبير عن مشاعره (بطرس، 2007).

وللتوتر أربعة أنواع:

1- توتر بالغ الشدة.مثل: وفاة أحد الزوجين، طـلاق، انفصـال زوجـي ،خسـارة وظيفة، نقل مكان السكن،اصابة، مرض.

2- توتر شديد: مثل تقاعد، تغيير العمل، وفاة صديق حميم، اصابة احد افراد الأسرة بمرض خطير.

3- توتر معتدل: مثل: ديون كبيرة كالرهن، مشكلة مع الحمو أو الحماة، بدء الزوج بعمل أو توقف عنه مشاكل مع رب العمل، دعاوى قضائية تتعلق بديون.

4- توتر خفيف: مثل: تغير في ظروف العمل، تغير المدرسة، تغير في عادات تناول الطعام، رهن أو دين بسيط، بعض المناسبات العائلية. www.tabib.com

ويرى العالم النفسي ألبرت أليس أن سبب اضطراب الإنسان يعود إلى:

1- الشعور بالاكتئاب أو القلق أو الهلع أو الإحباط عندما تقول لنفسك: (لا بد أن يكون أدائي ممتازاً... وأن يستحسنه الآخرون، وإلا ... فأنا شخص غير محبوب).

2- الشعور بالغضب الشديد، أو الحنق، أو المرارة، عندما تفكر: (يجب أن يعاملني الآخرون برفق وعدل وإلا فهم سيئون، ويستحقون العذاب خاصة من عاملتهم برفق).

3- خيبة الأمل، أو الاكتئاب، أو الشعور بالإشفاق على الذات عندما تقول لنفسك: (لا بد أن تكون الظروف التي أعيشها سهلة وممتعة، وإلا فإن العالم مكان رهيب لا أطيق احتماله، ولن أعرف السعادة أبداً).

هذه العناصر اللاعقلانية الثلاثة تحدد طريقة تعاملك مع نفسك، ومع الآخرين، ومع الظروف المحيطة بك... فأنت تقسوا على نفسك حين تلزمها بكثير من الأوامر الملحة.... والتي يشعرك عدم قدرتك على القيام بها بالإحباط، وتجعل نفسك رهناً للآخرين حين تنتظر منهم الثناء ... وتخدع نفسك حين تظن أن ظروف الحياة ينبغي أن تكون ملائمة لك... وإلا فإنك ستنسحب منها.

يمكننا بناء على ما سبق أن نقول: إن الأحداث الضاغطة لا تعني شيئاً إن لم تسمح أنت لها أن تعنيه، (www.najahteam.com)، فأي نوع من التغيير يمكن أن

يسبب الضغط النفسي، حتى التغيير للأحسن، ليس التغيير أو الحدث نفسه فقط، ولكن أيضاً كيفية التفاعل معه هو المهم.

وأيضاً يمكن تقسيم مصادر وأسباب الضغوط بما يلي:

عند النظر إلى العلاقة التي تربط الفرد بمجتمعه فإنه يمكن لنا حينئذ ترتيب مصادر الضغط النفسي بطريقة شمولية وواقعية وهي كما يلي:

1- المصادر الخارجية للضغوط النفسية:

أ- الضغوط الأسرية الصراعات العائلية ، كثرة المجادلات، الانفصال ، الطلاق، الأولاد.

ب- ضغوط العمل.

جـ- الضغوط المالية أو الاقتصادية: مثل انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة وارتفاع معدلات الجريمة .

د- الضغوط الاجتماعية: وتنقسم بدورها وحسب تعدد العلاقات الاجتماعية ذاتها إلى علاقات اجتماعية، فالفرد إن كان متزوجاً أو غير متزوج، عدد الأطفال إن كان متزوجاً، كذلك الوضع البيئي والأسري العام والخاص الذي يعيش في ظله الفرد. وهذه المتغيرات تكون ضمن العامل الاجتماعي، فهي تترك ردود أفعال معينة على شكل ضغوط نفسية لدى الفرد وإن اختلفت مصادرها وتباينت تأثيراتها. ومن الضغوط الاجتماعية، العزلة، الحفلات، وخبرات الاساءة الجسمية والجنسية والاهمال للاطفال والانحرافات السلوكية.

هـ- الضغوط الصحية أو الفسيولوجية: مثل التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث في الجسم ومهاجمته الجراثيم به، واختلاف النظام الغذائي.

و- ضغوط المتغيرات الطبيعية: مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والاعاصير وغيرها. (حسين وحسين، 2006)

ي-ضغوط سياسية: تلعب سياسة البلد الداخلية والخارجية دورا رئيسيا في تحديد

الكثير من ملامح حجم ونوعية الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم، وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن أنظمة الحكم الاستبدادي والصراعات السياسية في المجتمع.

ز- **ضغط العوامل العقائدية والفكرية:** إن حالة التقاطع بين تمسك الفرد بما هو عليه من أفكار ومعتقدات وبين تسلط المؤسسات المركزية في حمله على تغيير أفكاره إنما تنعكس فيما بعد على شكل سلسلة من الضغوطات النفسية ذات التأثيرات المتباينة على طبيعة علاقة الفرد بذاته وبمجتمعه.

ح- **ضغوط ثقافية:** وتتمثل في استيراد الثقافات والانفتاح على الثقافات الهدامة الوافدة دون مراعاة للأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع، هذا فضلا عن مشاهدة الفيديو كليب والاعلانات المستهجنة في القنوات الفضائية والتلفزيونية، كذلك غرف الشات في شبكة الانترنت.

ط- **ضغوط أكاديمية:** تتمثل في انتقال الطالب من مدرسة الى أخرى ، ومن المدرسة الى الجامعة.

ك- **ضغوط مهنية:** ترتبط ببيئة العمل مثل العبء الكمي والكيفي للعمل وصراع الدور وغموضه والخلافات مع الرفاق في العمل.

ل- **الضغوط الانفعالية والنفسية:** مثل القلق، الاكتئاب المخاوف المرضية.

ك- **الضغوط الكيميائية:** كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين، النيكوتين.

2- **المصادر الداخلية للضغوط النفسية:**

أ- الطموح المبالغ فيه:

ب- الأعضاء الحيوية والتهيؤ النفسي (الاستعداد) لقبول المرض- ضعف المقاومة الداخلية.

جـ- الشخصية.

وتتسبب العلاقة الغير متوازنة بين الأفراد أو مع بعضهم البعض أو بين الأفراد ومجتمعاتهم والتي يؤدي فيما بعد إلى مجموعة من المظاهر المتعددة من الضغط النفسي إلى مجموعة من النتائج السلبية التي تصيب الفرد والمجتمع معا.

(www. Annahaa.org)

مسببات الضغوط الخارجية

	الشخصية	البيئة	الوظيفة
1-	العلاقات الزوجية	الضوضاء الشديدة	اعباء العمل الاكبر من المعتاد
2-	تربية الأطفال	الضباب والدخان	تغيرات واجبات الوظيفة
3-	الالتزامات المادية	درجة الحرارة	نقص الدعم في الرئيس
4-	حالات الوفاة	الازدحام	نقص الاحترام من الزملاء
5-	حالات الطلاق	نقص الاضاءة او الافراط في الاضاءة	تغيير المهنة
6-	ضغوط الدراسة		حالات التسريع من العمل
7-	العلاقة مع أسرة الزوج أو الزوجة		نقص التدريب
8-	المشكلات القانونية		نقص المعلومات
9-	نقص الدعم الجماعي الأصدقاء		المواعيد النهائية الصعبة
10-	النوبات المزاجية السيئة		الادارة ،الاشراف على الآخرين
11-			نقص الخيارات المهنية البديلة
12-			نقص الراتب

(عثمان، 2002)

علامات وأعراض الضغط :

الضغوط هي أمور معرفية وإدراكية متعلقة بتفسير الفرد للمواقف على أنها غير مرغوب فيها، أو لا يمكن السيطرة عليها تماما، وإن خصائص الموقف ذلك لا تحدد كونه ضاغطا أو غير ضاغط.

يرى لازاروس (Lazarus, 1984) أن الشعور بالضغط هو نتاج التفاعل بين خصائص البيئة وخصائص الفرد وكفاءة آلياته الدفاعية المعرفية، فتقييم الفرد للموقف ودور كل من الإحباط والصراع والتهديد، هو الذي يولد الضغط، فالإحباط هو شكل الخطر والأذى الذي يتعرض له الفرد ويهدد أهدافه (حسن، 2006).

والفرد يشعر ببعض الإنذارات التي تعطي مؤشرا بإتجاه وجود ضغوط مرتفعة، وحالات من الإجهاد، لذلك يجب اتخاذ إجراءات لخفض التوتر والضغط حتى لا تتحول بعد فترة طويلة إلى حالات مرضية، وهذه الإنذارات هي: اضطرابات في النوم والهضم، والتنفس وخفقان القلب، والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك يصاحبها أعراض اكتئابية، والتوتر والغضب لأتفه الأسباب وحتى التفسير الخطأ لتصرفات الآخرين، والإجهاد السريع، والتعرض للحوادث المساندة الإجتماعية تؤدي إلى خفض الشعور بالضغوط التي تعاني منها الأسرة (الرواشدة، 2006).

ويوجد العديد من المؤشرات التي يمكن أن تدل على احتمال وقوع الفرد في حالة الضغط النفسي، ومن أهم هذه المؤشرات ما يلي:

1- مشكلات النوم غير المعتادة كالاستيقاظ في الليل وعدم القدرة على النوم ثانية بسهولة، بالإضافة إلى الكوابيس والصراخ أثناء النوم، أو أن لا يستطيع الأطفال النوم إلا بالسرير مع أهلهم.
2- مص الإصبع المفرط/ قضم الأظافر/ اضطراب الكلام (التأتأة).
3- العصبية، عدم الهدوء والإفراط في الحركة وصعوبة التركيز والتذكر.
4- ثورات الغضب، العدوانية غير المضبوطة والتي قد توجه إلى الناس أو إلى الأشياء.
5- الإنسحاب والضجر وعدم الرغبة في أي عمل، كأن لا يتحمس الطفل لأي شيء ولا يشارك رفاقه في اللعب ويعطي بشكل عام إنطباع الحزن والكآبة.
6- إنخفاض المستوى التحصيلي وحصول الطفل على درجات متدنية لم يعتد الحصول عليها بالحالة العادية.

7- حالات مرضية محددة ترتبط بالضغوط النفسية على سبيل المثال:

(الإسهال وإضطرابات الهضم، وآلام البطن والقيء، آلام في الرأس أو أية آلام أخرى لا يعرف لها أسباب عضوية واضحة) (طنجور، 2001).

8- كثرة الجدل والاعتراض على أشياء تبدو في الظروف العادية مقبولة.

9- الحاجة المستمرة الى التوقف عن العمل وتناول مشروب ما قبل المتابعة.

10- فقدان السيطرة على الأمور والمتطلبات التي تفوق قدرة الفرد على التحمل.

11- ضعف القدرة على إصدار القرارات.

علامات وإعراض التوتر والضغط النفسي

جسديا	نفسيا	سلوكيا
- صداع	- قلق	- فرط الأكل/ نقص الشهية
- كز الأسنان	- اهتياج	- انعدام الصبر
- تضييق وجفاف في الحلق	- شعور بخطر أو موت مداهمين	- ميل إلى الجدل
- شد الفكين	- اكتئاب	- مماطلة
- ألم في الصدر	- تباطؤ في التفكير	- زيادة التدخين
- خفقان القلب		
- قصر النفس	- تسارع في الأفكار	- انعزال
- ارتفاع ضغط الدم	- شعور بالعجز	- تجنب المسؤولية وأثارها
- ألم عضلي	- شعور بفقدان الأمل	- أداء سيئ في العمل
- عسر هضم	- شعور بانعدام القيمة	- تدهور
- إمساك / إسهال	- شعور بغياب الهدف	- عناية سيئة بالصحة
- زيادة في التعرق	- شعور بعدم الأمان	- تغير في العلاقات العائلية أو الحميمية
- برودة وتعرق في اليدين	- حزن	

جسديا	نفسيا	سلوكيا
- تعب	- دفاعية	
- أرق	- غضب	
- مرض متكرر	- فرط الحساسية	
	- بلادة	

(www. Bdr130.net.)

تأثير الضغط النفسي:

الضغوط لها تأثير على الرفاهية النفسية والصحية والعقلية للأفراد، حيث أن الضغوط يمكن أن تزيد من التوتر وتخفف الرفاهية الشخصية، فهي ترتبط ارتباطا إيجابيا بكل من الإكتئاب وضغط الدم وأمراض القلب، حيث تبين أن حوالي نصف الوفيات المبكرة في بريطانيا تعود إلى نمط الحياة التي يعيشها الأفراد وإلى الأمراض ذات العلاقة بالضغوط (حسن، 2006).

يتصل الضغط النفسي بتأثيرات جسدية ونفسية تختلف من شخص لآخر، ومن التأثيرات ما يلي:

1- تأثيرات على الجسد.

2- تأثيرات على الأفكار والأحاسيس.

3- تأثيرات في طريقة التصرف.

4- ألم في الرأس.

5- ألم في العضل.

6- ألم في الصدر.

7- عسر هضم.

8- انقباض في الحنك / نشفان في الحلق.

9- إسهال/ إمساك.

10 - اكتئاب.

11- مزاج متقلب.

12-استياء من العمل.

13- تدني في الإنتاج.

14- عرق كثيف في الجسم.

15- زيادة في الوزن أو خسارته.

16- مشاكل جلدية/ فقدان الشعر والصلع.

17- قلة التركيز/ كثرة النسيان/ تشويش.

18- الانعزال والانسحاب.

19- فقدان السيطرة على الغضب.

20- البكاء بكثرة. (www.alhiwar.info).

وقام فونتانا (Fontana) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط، وتتمثل هذه القائمة في الآتي:-

- نتائج فسيولوجية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط.

التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط

النتائج الفسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات إنفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
- زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد فعله وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل في	- عدم القدرة على التركيز. - تقل الإستجابة السريعة الحقيقية، وقد تؤدي	- زيادة التوترات الطبيعية والنفسية حيث تقل القدرة على الاسترخاء.	- زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة. - نقص في الاهتمامات

التتائج الفسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات إنفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
تلك الأجهزة مثل اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب. - زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم وزيادة استنفاذ الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص بالوزن، وأخيرا انهيار جسمي. - زيادة إفراز الكولسترول من الكبد يعطي طاقة للجسم وإذا استمر الضغط لفترة طويلة يحدث تصلب شرايين وأمراض ونوبات القلب. - توجد أجهزة أخرى بالجسم تساعد على التغيرات الفسيولوجية السابق ذكرها مثل الخطوط الخلفية وراء المحاربة الأمامية مثل: - امتناع الجهاز الهضمي، وتحول الدم من المعدة والأمعاء إلى الرئتين، وإذا طالت فترة إمتناع الجهاز الهضمي يحدث اضطرابات هضمية بالمعدة.	محاولات التعويض إلى قرارات متسرعة وخاطئة. - يزداد معدل الخطأ. - تدهور في القدرة على التنظيم والتخطيط بعيد المدى. - عدم تحري الدقة، والحقيقة، وتصبح الأفكار متداخلة وغير معقولة.	- زيادة الإحساس بالمرض حيث يحدث تهيؤ أمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة. - حدوث تغيرات في صفات الشخصية. - تزيد مشاكل الشخصية حيث تتفاقم المشاكل المتواجدة مثل القلق الحساسية المفرطة. - ظهور الإكتئاب وعدم المساعدة وشعور بعدم القدرة على التأثير. - فشل في تقدير الذات وتطور الشعور بالعجز وعدم القيمة.	والتحمس والتنازل عن الأهداف الحياتية. - زيادة النسيان. - انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح. - صعوبة في النوم أو البقاء أكثر من اربعة ساعات في اليوم. - الميل لإلقاء اللوم على الغير. - نقل المسئوليات على الآخرين. - ظهور نماذج سلوكية شاذة. - حل المشاكل بمستوى سطحي.
- تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول			

النتائج الفسيولوجية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	تأثيرات إنفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط
الدم منه إلى مناطق أخرى. -إفراز الكورتيزون بالدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق النفس، وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية.			

(جميل، 1998)

الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي:

يمكن أن يسبب الضغط النفسي مشاكل أو يجعل هذه المشاكل أسوأ إذا لم يتعلم الشخص طرق التعامل معه، تحدث مع طبيبك إذا كنت تعتقد أن بعض الأعراض التي تعاني منها هي سبب الضغط النفسي، من المهم ان تتأكد أن هذه الأعراض ليس سببها مشاكل صحية أخرى. (http://elssafa.com.)

الكثير من الدراسات الطبية المعاصرة تظهر بأن هناك نوع من الارتباط بين الضغط النفسي والعديد من الأمراض من ضمنها الإرهاق، ضعف انتاجية الجسم، أمراض اللثة، اضطرابات الأمعاء، العقم، أمراض القلب والشرايين، والسرطان، والسكري، والتهاب بالمفاصل، والقرحة، والتهاب القولون، والربو، وأوجاع الرأس والظهر، أيضا عملية الشفاء تتأثر بالضغط النفسي.
(www.toubibonLin.com)

لذا فإن الانتباه إلى قضايا الصحة الذهنية والتحكم بحالة الضغط والتوتر التي نمر بها في النهاية أمر أساسي للمحافظة على صحة أجسادنا فضلا عن النفسية منها.

.(www.kenanaonline.com).

طرق قياس الضغط النفسي:

يقاس الضغط النفسي عند الإنسان بعدة وسائل أو أدوات، ومن تلك الأدوات، أدوات القياس النفسي المستخدمة لدى المتخصصين في موضوع القياس النفسي أو الإكلينيكي.

وتكون تلك الإداة إما مكتوبة، أي عن طريق الإجابة على بعض الأسئلة، ثم تحسب الإجابات لتستخرج نسبة الإجهاد أو كمية الضغوط الواقعة على الفرد، أو يقاس بواسطة أجهزة عملية تقيس التوازن الحركي- العقلي أو قوة الانفعالات وشدتها، ومن الأدوات الشائعة الاستخدام المقاييس المكتوبة.

أيضا توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة والمقابلات والاستبيانات، وتعد الاختبارات اكثر الطرق استخداما في دراسات الضغوط، بالاضافة الى ذلك الطرق الفسيولوجية.

ونذكر من مقياس هولمز وراهي(Holmes and Rahe) بعض الفقرات التي تدل على وجود ضغوط معينة:

1- وفاة المقربين (الزوج أو الزوجة).

2- الطلاق.

3- الانفصال عن الزوج أو الزوجة.

4- حبس أو حجز أو ما شابه ذلك.

5- موت أحد أفراد الأسرة المقربين.

6- فصل عن العمل.

7- تغير في صحة أحد أفراد الأسرة (بعض الأمراض المزمنة).

8- تغير مفاجئ في الوضع المادي.

9- وفاة صديق عزيز.

10- الاختلافات الزوجية في محيط الأسرة.

11- سفر أحد أفراد الأسرة بسبب الدراسة أو الزواج أو العمل.

12- خلافات مع أهل الزوج أو الزوجة.

13- التغير المفاجئ في السكن أو محل الإقامة.

14- تغير شديد في عادات النوم أو الاستيقاظ. (www.annabaa.org.)

وفي الحقيقة لا توجد وسيلة قياس مناسبة لكل المجتمعات لقياس الضغوط، لذلك تختلف وسائل وطرق قياس الضغوط باختلاف المجتمعات وباختلاف المجال الذي تعد له المقاييس، فهناك مقاييس تستهدف قياس الضغوط المهنية، ومقاييس أخرى أعدت لقياس الضغوط الأكاديمية لدى الطلاب، ومقاييس أعدت لقياس الضغوط الأسرية وضغوط الوالدين، كما أن المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط تختلف باختلاف العمر الزمني للأفراد، فهناك مقاييس تقيس الضغوط لدى الأطفال والمراهقين، كذلك الراشدون.

إذن المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط كثيرة ومتنوعة. (حسين وحسين،2006).

٢

الفصل الثاني

التكيف النفسي



التكيف النفسي

مفهوم التكيف النفسي:

يعد التكيف من أهم عوامـل اتـزان الشخصية وتمتعها بالصحة النفسية، فالناس في العادة يتعرضون لضغوطات وصراعات داخلية وخارجية، وعليهم مواجهة الرغبات والدوافع الشخصية المتعارضة من أجل استمرار التوازن النفسي لديهم، ويرى بعض الباحثين إن الصحة النفسية هي التعبير عن التكيف، وأن التكيف دليل الصحة النفسية، فإذا ساءت ساء بدورها، وأن تحسن تحسنت تلك الصحة النفسية (غيث، 2006).

يدل التكيف النفسي على السلوك الذي يعمل باستمرار وراء التكيف مع شروط العالم الطبيعي، والتكيف مع الدوافع الشخصية، ومطالب العالم الاجتماعي، وعليه فإن السعي لوقاية الجسم من البرد بملابس صوفية والسعي وراء إشباع الدوافع النفسية بطريقة ملائمة، والالتزام بالمعايير الاجتماعية، تعد ظاهرة من مظاهر التكيف النفسي .

مثال: يحمل الإنسان معه عدداً غير قليل من الحاجات، ويجد وقتاً للعمل من أجل قضائها، إنه يجوع ويسعى وراء الطعام ويشعر بالوحشة ويسعى وراء الاجتماع بالآخرين، وبسبب الهدف يسعى وراء السلامة، وهو يظهر كأن خللاً قد طرأ على التوازن اللازم، وكما يظهر وكأنه يسعى نحو إعادة التوازن الطبيعي، وبناء على ذلك تستطيع أن تقول أن سعيه وراء التوازن بين شخصه ومجتمعه ظاهرة من ظواهر التكيف.(شعبان وتيم، 1999)

تعريف التكيف (Adjustment) أو التوافق (Adaptation) :

يميل العلماء لاستخدام مصطلح التكيف (Adaptation) للإشارة إلى التغيرات اللاإرادية أو الآلية التي تطرأ على الجسم، مثلما يحدث عند استئصال إحدى الكليتين...

ويميل السيكولوجيين إلى النظر لمفهوم التكيف من زاويتين:

- باعتباره عملية مستمرة تتضمن التعامل مع الضغوطات والتغيرات في محيط الفرد الشخصي والاجتماعي، ويعرفه لازاروس على أنه العملية النفسية التي يتعامل الفرد بواسطتها، ويتأقلم مع المطالب الحياتية المختلفة والضغوطات.
- باعتباره نتيجة يسعى الفرد إلى الوصول إليها بحيث تتوفر لديه خصائص مرغوبة ومظاهر إيجابية، وعند وصول الفرد إلى ذلك يمكن وصفه بأنه حسن التكيف، أو سيئ التكيف، فحين يتعلم الطالب طرق فعالة في الدراسة يتحسن أداءه المدرسي، أما حين يلجأ إلى أساليب الغش والتزوير في العلامات التي يعرضها على أهله هو تكيف سيء مع ضغوطات أهله المتعلقة بتحصيله (غيث، 2006).

التكيف في اللغة هو التآلف والتقارب، إنه نقيض التخالف والتصادم، ويعرف وولمان (Wolman,1973) التكيف بأنه علاقة متناغمة مع البيئة تنطوي على القدرة على إشباع معظم حاجات الفرد، وتلبي المتطلبات المادية والاجتماعية جميعها عند الفرد (عبد الله، 2005).

ويعرف عبد الله التكيف بأنه مجموعة من الاستجابات التي يعدل بها الفرد تكوينه النفسي وسلوكه أو بيئته الخارجية لكي يحدث الانسجام المطلوب، ويشبع حاجاته ويلبي متطلبات البيئة الاجتماعية والطبيعية، وللتكيف معاني وأبعاد:

1- **التكيف الذاتي أو الشخصي أو البيولوجي:** ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها، وإشباع الدوافع الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية.

ومفهوم التكيف بالأصل مفهوم بيولوجي، وهو حجر الأساس في نظرية التطور التي وضعها دارون والتي قرر فيها أن الكائنات الحية التي تبقى حية هي التي

تستطيع التكيـف مـع صعوبـات العـالم الخـارجي وأخطـاره، وهـذا مـا عـبر عنـه بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح.

إذن الكائن الحي القادر على التكيف مع شـروط البيئـة الطبيعيـة المسـتمرة، يستطيع الاستمرار في البقاء، أما الـذي يفشـل في التكيـف فمصـيره الفنـاء، ومـن مظاهر التكيف البيولوجي لدى الإنسان ارتداؤه لنـوع معـين مـن الملابـس وذلـك بهدف التكيف مع شروط البيئة الطبيعية (العناني، 2005).

وإذا كان لعلـم النفـس مـن فـائدة تطبيقيـة، فـإن أولى مهامـه أن يسـاعد في التكيف الشخصي (عاقل، 1985).

2- **التكيف الأسري**: وهو قدرة الطفـل علـى تكويـن علاقـات طيبـة مـع والديـه وإخوته، ويظـهر مـن خـلال التعـاون مـع أفـراد الأسـرة وتقبـل التعليمـات والتوجيهات الأسرية وشعوره بالرضا والسعادة بها.

3- **التكيف الاجتماعي**: وهو السعادة مع الآخرين والإلـتزام بأخلاقيـات المجتمـع ونظمه وقوانينـه، وتقبـل قواعـد الضبـط الاجتمـاعي والتفـاعل الاجتمـاعي السليم مع الآخرين.

يعرف التكيف الاجتماعي بأنه العملية التي تنطوي على إحداث ما ينبغي مـن تغيرات في الشخص أو البيئة، أو فيهما معاً بقصد تحقيق الانسجام في العلاقة بينهما.

ويهتم علماء الاجتماع بقضية التكيف عنـد انتقـال الفـرد مـن بيئـة إلى بيئـة أخرى، مثل انتقاله من الريف إلى المدينة أو العكس (غيث، 2006).

4- **التكيف المدرسي**: وهو قدرة الطفل على تكويـن علاقـات طيبـة مـع مدرسـيه وزملائه بالمدرسة، كما يظهر من خلال النشـاط واسـتيعاب المـواد الدراسـية والمواظبة والمحافظة على النظام.

5- **المهارات الاجتماعية**: الإنسان كـائن اجتمـاعي بطبعـه، حيـث يتعـرض لمئـات التفاعلات اليومية، علاقات مستمرة بعضها سارة ومحبب، أو بعضها غير سـار، بعضها يعبر عن علاقات حميمة، وبعضها الآخر يعبر عن علاقات عرضية تنتهي بانتهاء العرض، وبعضها روتيني، وبعضها غير متوقع، وكل ما نقوله أو نفعله أو

نفكر فيه يُعبر عن علاقاتنا الاجتماعية، أو أنه نتيجة لهذه العلاقات.

وتلعب المهارات الاجتماعية الشخصية دوراً مهماً في ذلك، فإما أن تسهل هذه العلاقات والتفاعلات، وإما أن تعوقها إذا كان يعاني عجزاً فيها، فالطفل الخجول الذي يعاني القلق الاجتماعي، إنما يعاني ضعفاً في علاقاته الاجتماعية، حيث يُلاحظ لديه أعراض التجنب والانسحاب، وضعف التعبير عن الذات، مما يعوق لديه المشاركة في مختلف الأنشطة الاجتماعية ويعوق لديه النمو، وتشير الدراسات إلى أن سوء التكيف الشخصي والاجتماعي الذي يشيع بين الكبار، يعود بصفة دائمة إلى الخبرات الاجتماعية التي مر بها في طفولته (عبدالله، 2005).

عرف كومبس وسلابي (Combs and slaby, 1977) المهارات الاجتماعية بأنها القدرة على التفاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية بطرق تعد مقبولة اجتماعياً وذات قيمة، وفي الوقت نفسه تعد ذات فائدة لمن يتعامل معه، وذات فائدة للآخرين.

أما التعريف الإجرائي للمهارات الاجتماعية فهي قدرة الطفل على المبادأة بالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر أو السلبية أو الإيجابية إزاءهم، وضبط انفعالاته في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يتناسب مع طبيعة الموقف (عبد الله، 2002).

ومن التعريفات الأحدث للمهارات الاجتماعية تعريف ماتسون واولنديك (Matson and Ollendick, 1988) الذي ينص على أن المهارات الاجتماعية هي استجابات بين شخصين (تبادلية) **وقد حددا طبيعة هذه الاستجابات وأنواعها بدقة في:**

1- النظر إلى الشخص الآخر حين التحدث.

2- تكوين علاقات اجتماعية وصداقات.

3- مساعدة صديق تعرض لأزمة أو مشكلة.

4- الشعور بالسعادة حين يكون الآخر سعيداً.

5- القول للآخرين بأنهم جيدون.

6- المبادأة في المناقشات والحديث مع الناس الآخرين.

7- التعبير عن المشاعر الحقيقة أمام الآخرين.

8- تسمية الشخص بإسمة.

9- الشعور بالسعادة عند تقديم المساعدة للآخرين.

10- الشعور بالأسف عند إيذاء الغير.

وقد ذكر هذان العالمان بالمقابل أشكال السلوك الإجتماعي غير المناسب أو الشاذ وهي:

1- إيذاء مشاعر الآخرين.

2- النظر للآخرين بإشمئزاز.

3- عدم الإلتزام بالمواعيد.

4- الكذب لبلوغ ما يريد.

5- الحديث بصوت مرتفع جداً.

6- الشعور بالحسد والغيرة لتفوق الآخرين.

7- الدخول في عراك وصدامات مستمرة.

ويدخل السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية في كل مظهر من مظاهر حياة الفرد ويؤثر في تكيفه وسعادته في مراحل حياته اللاحقة، كما أن قدرته على تكون علاقات اجتماعية تحدد درجة شعبيته بين أقرانه ومعلميه والراشدين المهمين في حياته، **تظهر هذه المهارات من خلال عدد من السلوكيات مثل:**

1- تقديم المساعدة للآخرين، والتعاطف معهم، وحسن التواصل، أو التعبير عن المشاعر وتكوين الصداقات كما تؤثر فيها، لأن فقدان هذه المهارات أو قصورها لدى الأطفال يرتبط مباشرة بالانحراف الاجتماعي، والإنحراف عند الأحداث، والتسرب من المدرسة، كما يرتبط بمشكلات نفسية في مراحل حياته اللاحقة.

وقد أثبتت الدراسات بأن نقص المهارات الاجتماعية يميز مرضى الاكتئاب، والأطفال الذين يحالون إلى مراكز الإرشاد النفسي بسبب مشكلات سلوكية لديهم مثل السرقة والتخريب العدواني، إضافة إلى صعوبات التعلم والإعاقة (سليمان، 1998).

وتعتبر نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا الأساس النظري لاستراتيجية التدريب على المهارات الاجتماعية تصمم لتعليم الأطفال مهارات التفاعل الايجابي مع الآخرين، وتتكون من سلسلة من التقنيات التي تمت من التعليمات اللفظية حتى ممارسة السلوك وتقييمه (عبدالله، 2002).

وإن السمات والخصائص الشخصية هي التي تؤثر على إدراك الأفراد للضغوط، فالأفراد الذين يتعرضون لنفس الظروف قد يظهرون ردود أفعال نفسية وجسمية وسلوكية مختلفة اعتماداً على اختلاف خصائصهم الشخصية والتفاؤل والتشاؤم، وقوة الأنا من العوامل التي تؤثر في إدراك الأفراد للضغوط (حسن، 2006).

منطلقات بناء الهوية المتكاملة وأسسها:

تتشكل الهوية المتكاملة وفقاً لمنطلقات وأسس نفسية وإجتماعية متضافرة، وهناك بالتالي جملة من الشروط الموضوعية والذاتية التي يجب أن تتوازن من أجل بناء الشخصية وتحقيق نمائها، وتتمثل هذه الشروط في منظومة من الحاجات المتكاملة التي تشكل الإطار الموضوعي للعمليات التربوية التي تسعى إلى عملية بناء الهوية الشخصية المتكاملة.

إن الحاجة إلى الاعتبار تشكل حسب (أركسون، 1972) حجر الزاوية في الإحساس بالهوية، وتشكل في الوقت نفسه مبدأ التربية الحديثة ومنطلقها، وبينت الدراسات تأثير الأشخاص المهمين في حياة الطفل كالوالدين والمربين في بلورة الهوية الشخصية والاجتماعية (بسباس، 2005).

الحاجات:

لا يتمكن الإنسان (الطفل) من متابعة الحياة كيفما اتفق وفي شتى الظروف، بل لا بد لكي يظل على قيد الحياة، ومن أجل أن يتابع نمو وتقدمه من إشباع بعض

الحاجات الأساسية للبقاء وتأمين بعض مستلزمات النمو، وإذا كان الكثير من الآباء يلم بحاجات الأطفال إلى الطعام والشراب واللباس والمسكن، إلا أن الأسرة العاقلة لا تكتفي بتأمين ذلك فحسب، بل تسعى إلى إشباع أبنائها وبناتها جميع إحتياجاتهم العقلية والروحية والعاطفية والعملية.

إن تربية الأطفال تتطلب من الأسر أن تثقف وتتعلم تتزود بشتى الطرق المعرفية كي تحقق شروط النمو السوي الشامل، ومن الواضح أن النمو يكون سوياً إذا كان يحقق الحاجات الضرورية من غير زيادة أو نقصان ومن غير أن يسبب إذلالاً للإنسان أو حداً بطاقاته أو إحباطاً يفضي إلى القلق والشعور بالهوان.

إن معرفة الحاجات الضرورية للأطفال تساعد الأسرة على توفير البيئة الملائمة والمناخ الصحي للطفولة، كما أنها تنير لها سبل التعامل السوي كي تسير حياة الصغار نحو مزيد من التقدم والتفتح والنماء (السبيعي، 1981).

تعريف الحاجات:

وتطلق كلمة الحاجات على أشياء كثيرة فهي اصطلاح عام واسع يشمل الحوافز والاندفاعات والميول والرغبات والمطالب والتمنيات.

الحاجة هي إفتقاد أمر مفيد ومرغوب فيه وأساسي، وهذا الإفتقاد يسبب اختلال التوازن، واختلال التوازن يؤدي إلى التوتر، إذا لم ترض الحاجة بالقدر المناسب يسفر بعدم السعادة ويكون شعوره متناسباً مع الأهمية التي يعلقها على الحاجة (عاقل، 1985).

وتظهر الحاجة لصاحبها إذا وجد أنه في حالة توتر (اضطراب فعال) تدفعه نحو ضروب من النشاط الذي يخفف التوتر نفسه، فحين يجوع الطفل يمر بحالة من الإنزعاج والتوتر فيصرخ ويبكي ويتحرك معبراً عن حاجته إلى الطعام.

للحاجات نوعان:

1- حاجات عضوية.

2- حاجات شخصية.

1- **الحاجات العضوية الأساسية:** الحاجة للهواء والغذاء والماء والحرارة المناسبة والراحة والنوم، فمثل هذه الحاجات يجب ضمانها للكائن الحي في كل الأعمار، وإلا تعرض للموت.

2- **الحاجات الشخصية:**

أ . الحاجة إلى الحب والحنان: ويشبعها حب الأسرة للطفل، وميل أصدقائه إليه، إظهار الفهم والعطف والنجدة حين اللزوم.

ب. الحاجة إلى الإنتماء: ويشبعها أن يكون للطفل مكانة في مجموعة من الأصدقاء والمعارف وفي مجموعة متضامرة ذات قيمة كالأسرة.

جـ. الحاجة إلى النجاح: ويشبعها التفوق في أداء المناشط والتغلب على الصعوبات.

د . الحاجة إلى الاستقلال: تشبعها القدرة على حمل المسؤولية وعلى الاستقلال في الرأي.

و . الحاجة إلى الاستحسان: يشبعها أن تكون أعمال الفرد موضع تقدير أو إعجاب أو اقتداء وأن يكون له مكانة في المجتمع أو منزلة اعتبارية، والأب والأم العاقلان ينتهزا الفرص لكي يعربا عن استحسانهما لأعمال أولادهما وتقديرهما لمواقفهم وشخصياتهم (السبيعي، 1981).

نظريات الحاجة:

ركز الكثير من علماء النفس على دور الحاجات في تحريك السلوك الإنساني، فهم يرون أن الإنسان يمارس النشاطات المختلفة لإشباع حاجات أولية أو ثانوية لديه، وسوف يتم تناول نظريات الحاجات هما نظرية ماسلو ونظرية موراي (الزق، 2006).

❖نظرية ماسلو

أكدت دراسة أبراهام ماسلو على أهمية التفاعل الإيجابي بين الذوات في بناء الهوية على أسس تربوية سليمة، وتنهض التربية الفعالة على منظومة من الحاجات المتكاملة ويمكن تلخيص هذه الحاجات في الآتي:

1- الحاجات الأساسية الفسيولوجية (الطعام والشراب).
2- الحاجة إلى الأمن.
3- الحاجة إلى الحب.
4- الحاجة إلى الإنتماء.
5- الحاجة إلى الحرية.
6- الحاجة إلى الإستقلال.
7- الحاجة إلى الإعتبار وإثبات الذات.
8- حاجات المعرفة والفهم.
9-الحاجة الى التقدير الاجتماعي
10-الحاجة الجمالية.

ويمكن أن نصف هذه الحاجات كما يلي:

أولاً: الحاجات الأساسية الفسيولوجية.

هي تلك الحاجات المرتبطة بضرورات البقاء على قيد الحياة وتشمل الطعام والماء والملبس والمأوى والهواء والنوم وما إلى ذلك، وتقع هذه الحاجات في قاع هرم ماسلو باعتبارها حاجات أساسية (بطرس، 2007).

ثانياً: الحاجة إلى الحب.

هي من أهم الحاجات الانفعالية عند الأطفال، وتأمين الحب شرط ضروري لنمو الأطفال وازدهارهم، فالتربية تناشد الحب الشامل وتنميه في قلوب الأطفال وتحيطهم به بلا حدود، لأنها الركن الأساسي وحجر الزاوية في أية ديمقراطية خلاقة.

فالحب حاجة أساسية للوجود الإنساني برمته، ويعد الحب من أهم الحاجات الانفعاليه عند الأطفال على الإطلاق، والطفل الذي يعاني من الحرمان العاطفي سيعاني في المستقبل من اضطرابات نفسية ومن قابلية واسعة للإنحراف، وللحب **ثلاثة ضروب أساسية منها:**

1- أن ينهل الطفل من حب الآخرين.

2- يغدق حبه على الآخرين وعلى نفسه أيضاً.

ثالثاً: الحاجة إلى الأمن والسلامة.

يعطي ماسلو الحاجة للأمن أهمية وأولوية فهي تلي الحاجات البيولوجية مباشرة، تتمثل الحاجة للأمن رغبة الفرد في العيش بأمن وسلام وطمأنينة مع تجنب القلق والاضطراب والخوف، وتتبدى هذه الحاجات الأمنية عند الأطفال والراشدين على حد سواء بالتحرك النشط الذي يمارسه الفرد في حالة حصول طارئ يهدد السلامة والأمن مثل الكوارث الطبيعية والحروب والأوبئة والقلق والخوف (أبو حويج وأبو مغلي، 2004).

رابعاً: الحاجة إلى الإنتماء.

تلك الحاجة إلى الإنتماء هي إحدى الحاجات الأساسية للنفس الإنسانية وتجسد ركناً أساسياً من أركان الإحساس بالهوية، فالإنسان كائن لا يستطيع الاستمرار في الوجود إلا في إطار جماعة وأسرة ومجتمع، ومن غير ذلك فإن الإنسان يتعرض للفناء، فالإنتماء إلى الأسرة وإلى جماعة الأقران وإلى مجتمع هي شروط أولوية وأساسية للوجود الإنساني وهو شرط من شروط امتلاك الهوية عند اريكسون وغيره.

خامساً: الحاجة إلى الحرية.

يأخذ هذا المبدأ صيغاً متنوعاً أبرزها الحرية النفسية للطفل، فالحرية الجسدية ومن ثم الحرية العقلية، فالحرية النفسية تعني أن لا يُكره الطفل على تبني مواقف انفعالية مثل مشاعر الحقد والكراهية والنفور، وأن يترك للطفل حرية التكون السيكولوجي وفقاً لمعايير موضوعية قوامها التسامح والتضحية والعطاء. أما الحرية العقلية فيقصد بها أن لا يشحن ذهن الطفل فيما لا يرغب فيه وأن يفكر فيما ليس من شانه، وأن يُكره على تبني معتقدات وقيم خارجة عن إرادته أو اهتماماته الطفولية.

أما الحرية الجسدية فتتمثل في أن يترك للطفل وخاصة في مراحل حياته الأولى حرية اللعب والحركة والإنطلاق دون قيود أو حدود تعيق عملية نموه

وازدهاره، والحرية هي التي تتيح للفرد أن ينمو ويزدهر نفسياً واجتماعياً وعقلياً بصورة متوازنة، وتعد الحرية ركناً أساسياً من أركان الوجود والكينونة الذاتية للفرد.

سادساً: الحاجة إلى الاستقلال.

التربية الاستقلالية هي التربية التي تهتم بتعويد الطفل الاعتماد على نفسه في حل مشكلاته وفي قضاء حاجاته وذلك بالقدر الذي تسمح له قدراته القيام به، وتشير أوجه النشاط النفسية للطفل إلى ميله الشديد إلى بناء صور خيالية مشحونة بالقوة والقدرة والطاقة، هذا ويمتلك الطفل نزعة حيوية إلى تحقيق استقلالية وبناء تجربته الذاتية في الوجود.

والشعور بالاستقلالية هو الوجه الآخر للشعور بالإنتماء وينمو هذا الشعور في جدل العلاقة بين الانا والهو والأنا الأعلى والواقع عند فرويد، والحاجة للاستقلال قوامها الاعتماد على الإمكانيات الذاتية وعلى الجهد المركزي وأحد المنطلقات الأساسية للوجود الإنساني.

سابعاً: الحاجة إلى احترام وإثبات الذات والتجربة الذاتية.

هذه الحاجات تنم عن رغبة الفرد في تحقيق ذاته المتميزة ويبتدي إشباعها بمشاعر الثقة والكفاءة والقدرة، في حين يؤدي عدم إشباعها إلى الشعور بالدونية وبالعجز.

والإنسان يريد أن يعتمد على خبرته الذاتية وعلى مكانته الخاصة ليثبت وجوده، وتعني هذه الحاجة تجسيداً لحالة الشعور بالاستقلال حيث يترتب على الطفل في هذا المستوى أن يحقق ذاته وأن يمنحها في ميادين الحياة، وذلك في سياق التجارب المختلفة (وطفة، 2001).

- حاجات تحقيق الذات:

أيضاً تنم هذه الحاجات عن رغبة الفرد في تحقيق أكبر قدر ممكن من إمكاناته وقدراته، وتظهر هذه الحاجات واضحة في النشاطات المهنية واللامهنية التي يقوم

بها الفرد في حياته الراشدة، والتي تتفق مع رغباته وميوله، ويرى ماسلو أن الإنسان الذي يستطيع تحقيق ذاته إنما يتمتع بصحة نفسية عالية جداً، ولكن يقتصر هذا كله على الأفراد الراشدين فقط، لأن الأطفال واليافعين لن يتمكنوا من تحقيق هذه الحاجات بسبب عدم اكتمال نضجهم ونموهم، ولكن بالمقابل رعاية الأطفال وتوجيه نموهم بشكل يمكنهم من التعرف إلى إمكاناتهم وقدراتهم، ويمهد السبل أمامهم لتنميتها وتحقيقها بشكل أفضل (أبو حويج وأبو مغلي، 2004).

إن مفهوم الذات يتألف من العديد من المكونات، كل منها أساسي لتحقيق الذات المثالية، وأهم مكوناتها:

1- إدراك الذات.

2- تقدير الذات.

3- حب الذات.

4- تقييم الذات.

6- الثقة بالنفس.

7- احترام الذات. (عبد اللطيف، 2001)

ثامناً: حاجات المعرفة والفهم.

هي حاجات ترمي إلى الرغبة المستمرة في الفهم والمعرفة، وتتمثل واضحة في النشاطات الاستكشافية والاستطلاعية، وفي البحث عن المزيد من المعرفة، والحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات، ويرى ماسلو أن حاجات المعرفة والفهم، هي أكثر وضوحاً عند بعض الأفراد من غيرهم، ويلعب هذا الصنف من الحاجات دوراً حيوياً في سلوك الطلاب الأكاديمي، لأن عملية تعزيزها تمكنهم من إكتساب المعرفة وأصول التفكير العلمي، اعتماداً على دوافع ذاتية داخلية.

تاسعاً: الحاجة إلى التقدير الاجتماعي.

تعد الحاجة إلى التقدير الاجتماعي واحدة من الحاجات الدينامية للوجود، وتنطوي هذه الحاجة على جانبين أساسيين: يتمثل الأول في أن يحظى المرء على

تقدير الآخرين خاصة في أحضان الجماعات المرجعية كالأسرة، والمدرسة وجماعات الرفاق، ويتمثل الجانب الآخر في احترام الذات وتقديرها، فاحترام الذات ينبثق عن احترام الآخرين وإن صورة الذات مرهونة وإلى حد كبير بالانطباعات التي يسجلها الآخرون عن الفرد، ومن هذا المنطلق يجب الابتعاد عن كل ما من شأنه أن تبخس شخصية الطفل والحط من شأنه.

عاشراً: الحاجة الجمالية.

يدل هذا النوع من الحاجات على الرغبة الصادقة في القيم الجمالية، وتتجلى لدى الأفراد في إقبالهم أو تفضيلهم للترتيب والنظام والإتساق والكمال سواء في الموضوعات أو الأوضاع أو النشاطات، كذلك نزغهم إلى تجنب الأوضاع القبيحة التي تسود فيها الفوضى وعدم التناسق، وعلى الرغم من أن ماسلو يعترف بصعوبة فهم وظيفة هذه الحاجات الجمالية، إلا أنه يعتقد أن الفرد السوي الذي يتمتع بصحة نفسية سليمة ينزع إلى البحث عن الجمال بطبيعته سواء كان طفلاً أم راشداً، ويفضله كقيمة مطلقة ومستقلة (أبو حويج وأبو مغلي، 2004).

وهذه الحاجات كما ترى حسب أهميتها، فلا بد من إشباع الحاجات في المستوى الأدنى أولاً ثم يبدأ الفرد يشعر بالحاجة لإشباع الحاجات في المستوى الثاني فالثالث وإنتهاء بالحاجة إلى تحقيق الذات، هذا لا يمنع أن الفرد قد يسعى أحياناً إلى إشباع حاجات من مستوى أعلى رغم أن حاجاته من مستوى أدنى غير مشبعة، فالطالب الذي يسهر ليلة الامتحان رغم حاجته إلى النوم يسعى إلى إشباع حاجاته لتقدير الذات رغم أنه لم يشبع حاجته إلى النوم والتي تقع في المستوى الأول، غير أن هذا استثناء، والأصل أن يتم إشباع الحاجات في المستوى الأدنى أولاً.

وعندما يتم إشباع الحاجات الفسيولوجية والأمنية يبدأ الفرد بتقدير العلاقات الاجتماعية الدافئة وتبدأ حاجات الحب بتحريك سلوك الفرد، بعد ذلك يبدأ يخطط للأنشطة التي يمكن أن يسعى على إتقان المهارات الأكاديمية التي تشعره بتقدير الذات، في حين أن الطالب المحبط بسبب عدم إشباع حاجاته الأساسية لن يكون لديه طاقة لمثل هذه الأنشطة، من هنا من الضروري أن يشجع المدرس طلابه

على التغذية والنوم بشكل سليم، وأن لا يهدد شعورهم بالأمن من خلال استخدام العقاب أو التهديد به، وذلك لأن الخوف يجعل من الطفل دفاعي ويؤدي في النهاية إلى كره المدرسة والمدرس (الزق، 2006).

❖نظرية موراي:

تمثل الحاجات بالنسبة لموراي حجر الزاوية في نظرية الشخصية.

يعرف موراي الحاجة بأنها مفهوم افتراضي يعبر عن قوة تؤثر على إدراك وسلوك الفرد ليحاول تغيير موقف غير مرضي، إنها توتر يقود الفرد إلى متابعة هدف، وعندما يتم إدراك هذا الهدف يخف التوتر، ومن خلال الدراسة المكثفة لمجموعة صغيرة من الأفراد العاديين توصل موراي إلى قائمة تتكون من (20) حاجة اجتماعية والتي يتم تعلمها من خلال الخبرات الاجتماعية، وعادة ما يتم تطورها نتيجة ضغط يمارسه الوالدين على الطفل، من هذه الحاجات مثلاً الحاجة إلى الإنجاز، والانتماء، والعدوان، والفهم، والاستقلالية، والمواجهة، والدفاع، والسيطرة،وتجنب الألم، تجنب الفشل، ويرى موراي أن هذه الحاجات تتكون نتيجة لتعرض الطفل إلى ضغوطات معينة تتكرر باستمرار في نطاق الأسرة، فالحاجة إلى الإنجاز مثلاً قد تتطور عند الطفل إذا بدأ والداه بتعريضه لفرص التحدي منذ سن مبكرة ويتوقعان منه أن يواجه هذه التحديات، ثم يعززان تحصيله، وبالمقابل فإن الطفل الذي يستهجن والده التنافس لا يتوقع منه أن يطور الحاجة إلى الإنجاز، وبشكل عام فإن الأطفال الذين ينشئون في بيئات ثقافية أو طبقات اجتماعية مختلفة سوف يتعرضون إلى ضغوطات مختلفة، وبالتالي سوف يذهبون إلى المدرسة ولكل منهم حاجات مختلفة (الزق، 2006).

التكيف:

التكيف: إنه العملية التي يمكن من خلالها أن يعدل الفرد بناءه النفسي أو سلوكه ليستجيب لشروط المحيط الطبيعي والاجتماعي ويحقق لنفسه الشعور بالتوازن والرضا (العناني، 2005).

اشكال التكيف

إن إشباع الحاجات من شروط المحيط تمكن الفرد من الوصول لحالة من الاتزان النسبي، أي التكيف، أما الإخفاق في إشباع الحاجات وعدم نجاحه في التوفيق بين مطالب المحيط الداخلي ومتطلبات البيئة الخارجية فيؤدي ذلك إلى اختلال توازن الفرد، ويظهر ذلك في الشعور بالإحباط والمعاناة من الصراع.

إذن أشكال التكيف هي:

1- التكيف الحسن: عندما يكون مصدر ارتياح واطمئنان، مثال : طفل يشبع حاجته الى التقدير عن طريق أداء واجباته المدرسية بتفوق أو عن طريق تقديم المساعدة للآخرين.

والتكيف الجيد أو الحسن يتطلب شخصية متوازنة بناءة، قادرة على مواجهة المصاعب وعلى التكيف والتوفيق بين حاجاته من ناحية والمتطلبات المحيطة به من ناحية أخرى.(شعبان 1999)

2- التكيف السيئ: عندما يكون غير مناسب ومنطوياً على الاضطراب.

مثال: طفل يقوم بإشباع حاجته الى التقدير عن طريق الكذب والسرقة والإدعاء.

ولهذه الأنواع من التكيف الحسن والسيئ درجات ويمكن التمييز بينهما عن طريق المعايير.

تحليل عملية التكيف: في تحليل التكيف نجد أن مسألة شخصية تعمل فيه خبرة الشخص والمواقف التي تحيط به، كما تعمل معها مجموعة أخرى من العوامل ،ولكن مقارنة حالات التكيف المختلفة عند العديد من الأشخاص تكشف وجود سلسلة من الخطوات أو المراحل التي تمر بها عملية التكيف ويشترك بها الأشخاص.

تبدأ عملية التكيف عندما يشعر الشخص بضغط أو توتر ينجم عن حدث معين وتنتهي حين ينجز الشخص السلوك الذي يستطيعه في مواجهة ذلك الضغط والتوتر. (شعبان ويتم.1999)

خطوات عملية التكيف:

يمكن القول أن الأفراد المختلفين يمرون بخطوات محددة خلال عملية تكيفهم والتي تتم وفق المراحل التالي:

أولاً: تبدأ عملية التكيف بوجود استثارة للسلوك بتأثير دافع داخلي مثل الجوع، أو بتأثير باعث خارجي مثل رغبات الأمن.

ثانياً: وجود عائق يمنع الاستجابة أو الوصول إلى تحقيق الهدف، أو حدوث ظرف لا يوجد في خبرة الفرد السابقة للاستجابة والتعامل معه، مثل الطعام بارد والفرد في حالة جوع.

ثالثاً: يقوم الفرد بعدد من المحاولات بهدف الوصول إلى الإستجابة الصحيحة، وقد ينجح في الوصول إلى الهدف ويستعيد إتزانه النفسي الذي اختل بسبب العائق، أو قد يفشل فالفرد في تحقيق هدفه، فيلجأ إلى أساليب غير مباشرة مثل استخدام آليات الدفاع، إذ قد يلجأ إلى أساليب مباشرة غير تكيفية كالهرب أو أحلام اليقظة، أو الاستسلام، أو العدوان، أو الانسحاب من الموقف.

إن الحالات التي تنشأ بسبب عدم الوصول للاستجابة المثمرة متنوعة،وتمثل أحياناً تربة صالحة للضغط النفسي وللاضطراب النفسي.

كيف تصل الى حالة الاتزان النفسي:

حينما تتصالح مع نفسك ، وتصبح مستبصراً بالصراعات النفسية التي تحدث بداخلك وتصل لحل هذه النزاعات، كذلك حينما تتطابق شخصيتك الحقيقة التي تعرفها أنت مع الشخصية المثالية التي تبغيها والتي تحاول أن تظهر بها للمجتمع (www.Medicalegeept.com)

دوافع التكيف:

لدى الإنسان عدة دوافع، إذا تم إشباعها بشكل ملائم ومناسب لمعايير وقيم المجتمع وشروطه استطاع الإنسان أن يحقق لنفسه التكيف الحسن والصحة النفسية.

ويعرف الدافع بأنه حالة داخلية في الكائن تستثير سلوكه وتعمل على استمرار هذا السلوك وتوجهه نحو هدف معين (العناني، 2005).

أيضاً الدافع: مفهوم افتراضي لحالة داخلية تنتج عن حاجة، ما ، وتعمل هذه الحاجة على استثارة السلوك الموجهة عادة لمحو تحقيق الحاجة المنشطة، إنه القوة المحركة للسلوك الإنساني.

كذلك الدافع : هو الطاقة الكامنة في الكائن الحي التي تدفعه يسلك سلوكاً معيناً في العالم الخارجي، وهذه الطاقة هي التي ترسم للكائن الحي أهدافه وغاياته لتحقيق أحسن تكيف ممكن في بيئته الخارجية (أبو حويج و أبو مغلي، 2004).

أما الدافعية: هي تلك القوة الذاتية التي تحرك الفرد وتوجهه لتحقيق غايةمعينة يشعر بالحاجة إليها أو بأهميتها المادية أو المعنوية (النفسية) بالنسبة له، وتستثار هذه القوة المحركة بعوامل تنبع من الفرد نفسه (حاجاته وخصائصه وميوله واهتماماته) أو من البيئة المادية أو النفسية المحيطة به (الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار والأدوات).

سمات الدافعية المستخلصة من التعريف:

1- الدافعية قوة محركة.

2- الدافعية قوة ذاتية داخلية.

3- الدافعية قوة تحرك السلوك.

4- الدافعية قوة توجه السلوك.

5- يكون الدافعية غاية لدى الفرد.

6- تتصل الدافعية بحاجة الفرد.

7- تستثار الدافعية بعوامل داخلية أو خارجية (بلقيس ومرعي، 1983).

الدافعية هي القوة التي تحرك وتوجه السلوك نحو تحقيق هــدف، وبنـاء علـى التعريف نجد أن هناك ثلاث وظائف للدوافع هي:

1- تحريك السلوك.

2- توجيه السلوك نحو وجهة معينة دون أخرى.

3- المحافظة على ديمومة السلوك. (الزق، 2006)

والدافع يكون فرضي، أي لا يمكن ملاحظته وإنما يستنتج من الأداء الظـاهر الصريح للكائن الحي أو من الشواهد السلوكية التي يمكن إيجازها فيما يلي:

1- زيادة مقدار الطاقة والجهد المبذول لتصبح استجابات معينة أكـثر سيادة من غيرها من الاستجابات.

2- استثارة حاجات معينة لدى الكائن الحـي، وتـدل الحاجة علـى وجـود نقص لدى لفرد ،وإذا توافرت هذه الحاجة يعود للكائن الحي توازنه وتوافقه.

3- زيادة توتر الكائن الحي نتيجة لهذه الحاجـة أو نتيجـة للتغـير في التـوازن الفسيولوجي خاصة.

4- تنظيم السلوك وتوجيهـه: فالتغير في مستوى المثيرات أو المعـززات أو البواعث التي يتعرض لها الفرد تجعله يغير من استجاباته بما يلائم التغير في المثيرات (العناني ، 2005).

دوافع السلوك:

يعرف السلوك بأنه ما يأتيه الفرد أو الكـائن العضـوي مـن نشـاط في محيطـه محفزاً بدوافعه الفطرية والبيئية على حد سواء، فنشاطه يمثل الوظيفة التي تفصح عن طبيعة الفعالية ضمن إطار البيئة.

والدوافع الموروثة والانفعـالات والرغبـات الرئيسـية والثانويـة والحاجـات والمحفزات، كلها تعتبر من العوامل التي تحمل الفرد على القيام بنشاط معين لتحقيق غرض معين (الجسماني، 1994).

ويرى فرويد أن الدوافع عند الإنسان(تنبع من طاقة بيولوجية عامة). والدافعان غريزان هما دوافع الجنس (الحياة) ودوافع العدوان، لأن التعبير عن هذه الدوافع يشعر بالفرد بالتهديد والقلق، لذا يلجأ إلى كبتها.

أما السلوكيون ينظرون للعدوان على انه سلوك مكتسب للتعلم، فإن فرويد ينظر إليه أنه غريزة فطرية لا شعورية، ويرى أن على المجتمع أن يساعد الأفراد على تحويل طاقتهم العدوانية إلى نشاطات منتجة مفيدة، وإذا لم تحول الطاقة العدوانية فإنها تتحول إلى عنف (الزق، 2006).

ويمكن توضيح دوافع فرويد كما يلي:

أولاً: دوافع الحياة: هي نزعات بنائية أي قوة الحياة وهي قسمان:

أ. دوافع الأنا: وهي تحفظ بقاء الذات خلال إشباع حاجات البدن إي إرضاء الحاجات الغذائية، ويحدث هذا بأسلوب مقبول اجتماعياً، حيث يوجهها مبدأ الواقع، وقد يستخدم الأنا الكبت والإعلاء (التسامي)، ومقر هذه الدوافع هو الشعور واللاشعور ويمثلها في الجهاز النفسي الأنا والأنا الأعلى.

ب. دوافع الليبيدو (دوافع الجنس): تعبر عن نفسها في تشكيلة واسعة من النشاطات الباحثة عن اللذة حيث يوجهها مبدأ اللذة، ويبدو هذا في حب الذات وحب الآخرين، والسعي المطلق وراء اللذة ومقرها اللاشعور ويمثلها في الجهاز النفسي الهو.

ثانياً: دوافع الموت (الفناء): وهي نزعات هدامة تعبر عن نفسها في صور عدوانية موجهة نحو الذات كسلوك الانتحار أو توجه نحو الاخرين كالحقد والقتل، ويوجه هذه الدوافع مبدأ (نرفانا Nirvana) وهو النزعة الغالبة على الحياة النفسية لخفض التوتر والتخلص منه وإعادة المادة الحية إلى الحالة العضوية التي كانت عليها من قبل، وهي حالة تتميز بالسكون والثبات ومقر دوافع الموت أو الفناء هو اللاشعور، ويمثلها الهو في الجهاز النفسي (المليجي، 2000).

تصنيف وأنواع الدوافع:

1- الدوافع الأولية أو الفطرية أو البيولوجية: تتحدد هذه الدوافع عن طريق الوراثة ونوع الكائن الحي، وتتصل بحياته البيولوجية وحاجاته لدافع الجوع والعطش والأمومة أو الأبوة والجنس. وهذه الدوافع ضرورية لبقاء الفرد.

والدوافع الأولية هي الدوافع المؤثرة في سلوك الكائنات الحية،وتظهر من خلال السلوك ، وبذا يسهل التحكم بها طبقاً للتحكم بالدوافع البيولوجية.

2- الدوافع الثانوية أو النفسية أو المتعلمة أو المكتسبة: تنشأ نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة والظروف الاجتماعية التي يعيش بها، حاجة الطفل للطعام (حالة بيولوجية) تشبعها الأم عن طريق الرضاعة، ولكن سرعان ما ينمو الطفل فيبدأ بالبكاء لجذب انتباه أمه وسرعان ما تظهر لديه دوافع جديدة يتعلمها عن طريق التفاعل مع الاخرين وخاصة الوالدين، فهذه الدوافع يتعلمها عن طريق التنشئة الاجتماعية (العناني، 2005)

ومن النظريات النفسية التي أعطت اهتماماً بالغاً للدوافع نظرية ماسلو، (تم توضيح التفاصيل سابقاً)، ويمكن إيجازها بما يلي:

- دوافع بيولوجية: ينشأ عن عدم إشباعها اضطرابات عضوية.
- دوافع نفسية: ويؤدي عدم إشباعها إلى اضطرابات نفسية.
- دوافع تحقيق الذات والإنسانية الكاملة: ينشأ عن عدم إشباعها اضطرابات روحية.

وبذا فإن الدوافع مهمة للسلوك الإنساني تدفعه وتوجهه وتسهم في تحقيق الصحة النفسية للفرد. (العناني، 2005).

لكن جميع الحاجات يمكن إشباعها بشكل تام بحيث يتوقف الفرد في وقت ما عن الاستمرار في الإشباع، أم هل هناك حاجات من الصعب أن نصل معها إلى الإشباع التام، هل شعرت يوماً أنك قد أشبعت من (حب الآخرين، النجاح، التقدير، الانجاز ...).

وهناك دوافع في مجال التكيف والصحة النفسية ولها أهمية هي الدوافع اللاشعورية، فكثيراً ما يسلك الفرد سلوكاً معيناً دون أن يدرك سبب هذا السلوك، فالحقيقة أن سبب العديد من السلوكات التي يجهل الفرد حقيقتها هي المواد غير المقبولة اجتماعياً والمخزونة في اللاشعور (غيث، 2006).

مصادر سوء التكيف النفسي عند الفرد:

يطور كل فرد منا أسلوباً خاصاً به في التكيف وهذا الأسلوب يمثل نمط الاستجابات والسلوكات التي يمارسها عند مواجهة موقف معين والذي يميز الفرد عن غيره في تكيفه مع المحيط.

وهذا الأسلوب يأتي عن طريق خبراته الحياتية وممارسته السابقة، فإذا استخدم طريقة للتعامل مع المشكلات والضغوطات وكانت لها آثاراً إيجابية فإنه يكرر هذه الطريقة في المواقف المشابهة (غيث، 2006).

تتعدد العوامل التي يحتمل أن تقود نحو سوء التكيف عند الفرد، ومن أهم هذه العوامل: **العوامل البنيوية، وخبرات التعلم، وأساليب التنشئة الاجتماعية.**

أولاً: العوامل البنيوية (بنية الشخصية):

تعريف البنية هي: علاقة كامنة ومستقرة نسبياً بين العناصر أو الأجزاء التي ينطوي عليها كل منظم وموحد، أما الشخصية فهي مجموعة العوامل الداخلية الثابتة نسبياً والتي تجعل سلوك الشخص متسماً بالثبات والاستقرار في الأوقات المختلفة، كما تجعله مختلفاً في سلوكه عن غيره من الأفراد، أنها ما يتسم به الفرد من سمات وصفات جسمية وعقلية وانفعالية وأخلاقية، **وبناء عليه سنتحدث عن ما يلي:**

1- **المكونات الجسمية والعقلية والصحة العامة: قد تكون هذه المكونات مصادر** سوء التكيف لدى الطفل، **وسنتعرف على ذلك من خلال:**

أ . **ضعف النمو الجسمي والصحة العامة:** تؤدي صحة الجسد إلى صحة النفس، وبالمقابل يؤدي المرض الجسمي إلى سوء التكيف النفسي، ونلاحظ أن ضعاف

الجسم والمتأخرين في نموهم الجسمي من حيث الوزن والطول عن أقرانهم العاديين، أقل قدرة على التكيف، وهذا الضعف في الصحة الجسمية للفرد يؤدي إلى الإحساس بالإحباط والتشاؤم، مما يسيئ إلى بنائه النفسي ويجعله مضطرباً في علاقته مع ذاته ومع الآخرين (شعبان وتيم، 1999).

ب. التشوهات والعاهات الجسمية: نلتقي أحياناً بأطفال بالغين ويعانون من تشوهات خلقية مثل الشفة الأرنبية أو حروق بليغة، أو وحمات بارزة في الوجه، إن هؤلاء الأشخاص يعانون من الشعور بالنقص، والحقد على الآخرين، ومنهم من يحاول التسلط وذلك تعويضاً عن الشعور بالنقص، ومنهم من يعتزل عن الناس، ويفكر بالانتحار، فهذه التشوهات والإعاقات ذات تأثير غير مباشرة على تكيف الفرد، أي بحد ذاتها لا تسبب سوءاً في التكيف، بل إن طريقة تفسير الفرد لها ونظرته إليها هي التي تحدد فيما إذا كانت ستؤثر عليه وعلى تكيفه أم لا. (غيث، 2006)

جـ. ضعف الجهاز العصبي: الجهاز العصبي هو الجهاز الحيوي الرئيسي الذي يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى، برسائل عصبية خاصة تنقل الاحساسات المختلفة الداخلية والخارجية، ويستجيب لها في شكل تعليمات إلى أعضاء الجسم، مما يؤدي إلى تكيف نشاط الجسم وقيامه بوظائفه الحيوية في الحياة، وبفضل الجهاز العصبي يستطيع الجسم أن يتفاعل مع بيئته الداخلية والخارجية، فهو الذي يصدر عنه السلوك السوي واللاسوي، وهنا تنبع أهميته لنا.

ويتألف الجهاز العصبي من قسمين هما: الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العصبي الذاتي أو التلقائي (المستقل)، والدماغ هو جزء من الجهاز العصبي المركزي إذا تعرض للتلف أصيب الفرد بالإعاقة العقلية، (غيث، 2005)، ويتأثر الجهاز العصبي بالحالة النفسية للفرد، فإذا حدث انفعال مزمن وتحول طريقة الجهاز العصبي المركزي إلى أعراض جسدية على شكل خلل في الحواس والحركة تصيب أعضاء الجسم التي يتحكم بها الجهاز المركزي مثل الحواس وجهاز الحركة يصاب الفرد بالعمى الهستيري أو الصمم الهستيري، الهستيريا تعني التعبير عن الشعور

بالألم النفسي الشديد في صورة مرض جسمي دون أن يكون مصحوباً بخلل أو تلف حقيقي في الجسم بل من ناحية وظيفته فقط، فالذي يعاني الصمم الهستيري لا يسمع لكن جهاز السمع لديه سليم، هذا بالنسبة للجهاز العصبي المركزي.

أما بالنسبة للجهاز العصبي الذاتي (المستقل أو اللاإرادي) **فإنه يتكون من فرعين: السمبثاوي (الودي)، والباراسمبثاوي (نظير الودي).**

1- السمبثاوي (الودي) يعمل في حالة الطوارئ والانفعال الشديد.

2- الباراسمبثاوي (نظير الودي) يعيد الجسم إلى حالته الطبيعية بعد الانفعال.

إن التوازن بين عمل هذين الفرعين هو ما يميز السواء الانفعالي لدى الفرد، بينما إذا اشتد تأثير أحدهما على الآخر اختل التوازن، فتظهر حالة الخلل، إما على شكل تحفز واستثارة دائمة وعدم استقرار مع سرعة النشاط والانفعال وزيادة الحركة والعصبية في حالة سيطرة الجهاز العصبي السمبثاوي.

أما إذا زاد تأثير الجهاز الباراسمبثاوي تميز الفرد بالبرود واللامبالاة والبطء في الحركة والخمول وضعف الاستثارة.

وفي حالة تأثير الجهاز العصبي الذاتي بانفعال مزمن يصاب الفرد بالاضطرابات النفسجسمية كالذبحة الصدرية وقرحة المعدة وغيرها...

إذن يتبين لنا أن الجهاز العصبي إذا أدى وظائفه كما يجب تحقق للفرد السواء النفسي، أما إذا أصابه الخلل فستكون النتيجة اضطراباً ومرضاً. (غيث، 2006)

د- اضرابات الغدد: قد يعود سوء تكيف الفرد إلى خلل في الغدد، فالدراسات تشير إلى العلاقة بين الهرمونات والحالات النفسية والمزاجية للفرد، فجهاز الغدد له أهمية كبيرة في تنظيم النمو ووظائف الجسم، وللغدد وإفرازاتها تأثير واضح على عملية النمو، فالتوازن في إفرازاتها يجعل الفرد شخصاً سليماً نشطاً ولها التأثير الحسن على الجهاز العصبي وعلى سلوك الفرد، وتؤدي اضطرابات الغدد إلى ردود الفعل المرضية.

وبشكل عام فإن اضطرابات الغدد تحدث اضطراباً حيوياً وتشوهاً جسمياً مما يسهم في سوء التكيف عند الفرد مثل أن يشعر الفرد بالنقص أو الإحباط أو تكوين مفهوم ذات سلبي. (غيث، 2006)

والغدد هي:

1- غدد قنوية: هي ذات إفراز خارجي، كالغدة اللعابية والدمعية والعرقية.

2- غدد بدون قنوات: هي ذات إفراز داخلي كالغدة الدرقية والنخامية.

3- غدد مختلفة: هي ذات قناة وتفرز في نفس الوقت هرموناتها في الدم مباشرة مثل البنكرياس والغدد التناسلية (شعبان وتيم، 1999).

إن الغدد لا تعمل بصورة منفصلة عن بعضها، فالعديد من حالات الجسم يتحكم فيها الترابط الفعال بين مختلف الغدد، مثلاً إن نقص إفراز الغدة النخامية من هرمون النمو يسبب تأخيراً في النمو كما في حالة القزامة، في حين زيادة الإفراز تسبب عملقة وضخامة مما يجعل الفرد يشعر أنه مختلف عن الآخرين مما قد يسهم في سوء توافق الفرد وتكيفه.

هـ- ضعف القدرات العقلية: إن الأفراد يتفاوتون في مستوى ذكائهم، وأكثر الأفراد يميلون للمتوسط، والبعض مرتفع الذكاء والبعض لديهم ذكاء منخفض، فهناك (3٪) من المجتمعات ينحرفون عن المتوسط بشكل سلبي بحيث يكون ذكائهم دون (70) درجة، وهناك من ينحرف ذكاءه عن المتوسط بشكل إيجابي فيزيد عن (140) درجة، فالموهوب يعاني من العديد من المشكلات في التكيف مع المناهج لأنها تكون دون قدراته، ولكن هؤلاء يواجهون مشكلات تعليمية في المدرسة نتيجة التفاوت في المنهاج وموضوعاته وأساليب تدريسه وبذا فهم يواجهون مشكلات في الصحة النفسية والتكيف،أيضاً هناك حالات صعوبات التعلم، فالإحباط الذي يحدث للطالب بعد مواجهته لمهمات تعليمية تفوق في صعوبتها مستوى قدراته، قد يؤدي ذلك إلى العدوان والعزلة والعادات الإجتماعية غير المقبولة نتيجة سوء التكيف (غيث، 2006).

ثانياً: خبرات التعلم وأساليب التنشئة الاجتماعية.

الخبرة هي نتاج لتفاعل الفرد مع بيئته، أما أساليب التنشئة الاجتماعية فهي تلك الطرق التي تستخدمها الأسرة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى في تطبيع الطفل اجتماعياً وتعليمه قيم ومعايير مجتمعه وذلك من خلال عمليات التفاعل المستمرة، فهذه التنشئة تشكل السلوك الاجتماعي وإدخال ثقافة المجتمع في بناء شخصية الفرد وتحويله من كائن حي بيولوجي إلى كائن اجتماعي تكسبه صفة الإنسانية، ولا شك أن التنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق إحباطات وتوترات لدى الفرد.

إن وجود الطفل وترعرعه في كنف والديه مسألة هامة جداً لنموه الجسدي وتطوره النفسي وما يغيب عن الذهن في أكثر الأحيان هو أن الصورة النفسية واحتياج الطفل الوجداني خلال مرحلة تكوينه لكل من الأب والأم كالمأكل والمشرب لا غنى عنهما، وإذا غاب الأب وانصرفت الأم في زحمة الحياة وترك الوالدان أطفالهما نهباً للإهمال العاطفي فإن ثمة عواقب وخيمة تدق كيان الطفل وتهزه هزاً عنيفاً.

ونجد الأسرة الموجودة الغير متماسكة، مبعثرة مفككة، يتهددها شبح (الإهمال العاطفي) وينجم عن أفعال وسلوكيات كلا الوالدين، وتتسبب في أذى نفسي للطفل ويتحدد الإهمال العاطفي من أمور شتى.

وينطلق الاهتمام بخبرات التعلم وأساليب التنشئة الاجتماعية في الطفولة من أهميتها في حياة الفرد، ذلك أنها تترك آثاراً كبيرة على حياته (العناني، 2005).

ومن بين العلماء الذين أولوا عملية التنشئة الاجتماعية وأساليبها الخاطئة اهتماماً المحلل النفسي (أدلر) الذي فصّل لنا **الأساليب والممارسات الخاطئة للوالدين وأثرها على أسلوب حياة الفرد وتكيفه، والتي منها:**

1- **الحماية الزائدة أو عزل الطفل:** بعض الآباء يتدخلون في تفكير الطفل وحديثه ولعبه وتصرفاته ويوجهونه باستمرار بحجة أنه صغير ولا يعرف القيام بذلك بنفسه، ويمنعونه من لمس ذاك بقصد حمايته، ولكن بهذه الحماية الزائدة يفقدونه

صفة الاستقلالية والقدرة على الاستطلاع وحسن التصرف وتحمل المسؤولية، وبالتالي فإنه يحاول التعويض عن ذلك من خلال التصرف بعدوانية.

وأحيانا لا يتركون الطفل يطعم نفسه أو يلبس ملابسه بحجة عدم معرفته القيام بذلك بنفسه، ولكن إذا أطعم الطفل نفسه فإن ذلك يكسبه مهارات يدوية بسرعة كبيرة، ويكسبه العادات الصحيحة للأكل، بالإضافة إلى ثقته بنفسه.

وعزل الطفل ومنعه من أقامة صداقات وعلاقات بدعوى الحرص والخوف عليه من رفاق السوء يعطي الطفل إحساسا قاسيا بالعزلة.

2- **الخضوع المفرط لرغبات الأطفال:** فالأهل منا يسارعون لتلبية رغبات إبنهم في طفولته دون مراعاة حقوقه، واحتياجاته الحقيقية، وهذا يحدو بالطفل إلى المبالغة في طلباته، وأن يثور غاضباً إذا لم يسارعوا إلى تلبيتها، مما يجعله مع الزمن غير مكترث لحوف الآخرين أو ممتلكاتهم، وذلك يؤدي إلى إفساد الطفل عن طريق تقديمه لأوساط غير سوية يمكن أن تقوده بسهولة إلى عالم الجريمة والمخدرات والإباحية الجنسية عن قصد أو عن غير قصد.

3- **أسلوب التفرقة:** يلجأ بعض الآباء إلى التفرقة بين الأبناء في المعاملة وعدم المساواة بينهم بسبب الجنس أو السن أو ترتيبه أو لأي سبب آخر، فهذا الأسلوب يسيء إلى صحة الطفل النفسية، حيث يزرع الحقد في نفس الطفل المغلوب على أمره، كذلك يجعل الطفل المدلل أنانياً، متسلطاً، إتكالياً، وعدوانياً غير قادر على تحمل المسؤولية (غيث، 2006).

4- **أسلوب اللين أو الدلال الأبوي والخضوع المفرط لرغبات الأطفال:** إن اللين في تنشئة الطفل اجتماعياً يؤدي إلى شعوره بالقلق وعدم الثقة بالذات وإلى الاعتماد على الآخرين مما يضر بحالته النفسية.

أما الدلال الأبوي: يقوم الأبوان بالاستجابة السريعة لمطالب الطفل وتلبيتها بشكل فوري ودائم، مما يولد شعور لدى الطفل بأن احتياجاته يجب أن تلبى باستمرار من قبل الجميع المستمرين لتلبية احتياجاته، وقد ينمي الشعور بالسيطرة، وعندما لا يستطيع الحصول على ما يريد فإنه يلجأ للعدوان والتمرد.

أما الاغداق على الطفل: هنا يغدق الأهل على الطفل باللعب وغيرها بشكل مفرط، مما يؤدي بالطفل إلى الضيق والملل وانعدام المبادرة أو محاولة بذل الجهد.

وعندما ينتقل الطفل للمدرسة لا يجد المعلمون والرفاق يلبون حاجاته ورغباته وغير مضطرين لطاعته، فإن ذلك يصيبه بالإحباط وخيبة الأمل، ويصبح متوتراً عصبياً في علاقاته بالرفاق والمعلمين، إضافة إلى جعل الطفل اتكالياً أو أنانياً، ضعيف الثقة بالنفس غير قادر على تكوين علاقات سوية.

5- **أسلوب القسوة والعنف:** يتعرض كثير من الأطفال ذكوراً وإناثاً في بلادنا إلى عنف وتُساء معاملتهم بأشكال متنوعة ما بين الإهمال والقسوة النفسية وهتك العرض والضرب والجرح.

إن الخبرات الحياتية التي ينميها الطفل بداية من عملية التواصل والتفاعل مع الراشدين المحيطين به تساهم في تكوين الصورة الأولية لديه عن نفسه ومحيطه، إذا كان الطفل الذي يلقى الخبرات والتفاعلات الإيجابية الملبية لمطالب نموه المشبعة لحاجاته، يعيش متزناً متوافقاً مع ذاته ومحيطه، فإن الطفل الآخر الذي سيتعرض للخبرات المؤلمة والمزعجة يتأثر نموه تأثراً سلبياً ويتعثر ويضطرب ويتراجع، وآثار الألم والقلق تعكر صفو الطفل وتسبب له خللاً في التوازن الدقيق ما بين الألم والمتعة، وذلك التوازن الأساسي لتطور الطفل النفسي يلعب دوراً هاماً جداً في تحديد موقف الطفل السلبي أو الإيجابي من ذاته ومن محيطه.

والطفل يعتقد دوماً بأنه مركز العالم، وأنه مقبول وحيوي لذاته، وخضوعه لعدوان بدني أو صدمة عنيفة تسبب نمو مشاعر الخوف لديه من أن يكون غير مرغوب فيه أو منبوذ، والأطفال الضحايا يتصرفون بطريقة مختلفة ويكونون له ردود فعل متغيرة تجاه الواقعة التي تؤثر عليهم، فهم يشعرون بأنهم مهددون، فهناك ظلم وقع عليهم وعدوان لا يفهمون ولا يعرفون طبيعته، وفي كل الأحوال يتفاعل الأطفال مع التجارب المؤلمة التي تواجههم بمشاعر أليمة متنوعة مثل الغضب والضجر والشعور بالذنب والاحباط (مهداد، 2001).

ولعل الدراسات التي تناولت العنف المنزلي وسوء المعاملة الوالديه باتجاه الأبناء ثم تناولها منذ عقود طويلة، وتم التطرق لها من منطلقات اجتماعية، أو ثقافية، أو نفسية متفرقة، ووصل العنف إلى أعلى الدرجات تجاه الأبناء عند بعض الآباء، إلى درجة أنه في الولايات المتحدة الأميركية يموت ما يقارب (2000) طفل سنوياً بسبب القسوة في التعامل مع الأبناء. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة تفاعلية بين أساليب المعاملة الوالدين وبين شخصية الأبناء حيث أن نوع المعاملة التي يتلقاها الطفل لها أثر كبير على نموه الشخصي والنفسي، والذي يستمر طوال حياته، فاستخدام القسوة في تربية الطفل يؤدي إلى عدم التوازن والتوتر والقلق.

كما تشير دراسات أخرى إلى أن الأطفال الذين يعاملون بقسوة من الوالدين عادة ما يتعرضون إلى ضعف القدرة على التكيف الاجتماعي والتحصيلي، وأيضاً إلى ارتفاع معدلات الأعراض النفسية التي ترتبط بسوء معاملة الأبناء بأي شكل من أشكالها. (الكندري والرشيدي، 2000).

6- **أسلوب التسلط**: يتحكم الكثير من الآباء في الطفل ويشعرونه بأنه لا حول له ولا قوة بجانب سلطتهم، لذا عليهم طاعة الوالدين دون تفكير، أيضاً نرى الكبار يسخرون من الطفل ومن أعماله مما يجعله يشعر بشكل سلبي نحو نفسه وتنخفض ثقته بنفسه ويتدنى تقديره لذاته، أيضاً عند الطاعة بدون تفكير يولد لدى الطفل شعور بفقدان الحيلة والاستسلام والخضوع أو التمرد، ويتأكد لديه الشعور بعدم الكفاءة والاعتماد السلبي على الآخرين، ويؤخر لديه روح المبادرة والاعتماد على الذات بمطالب الحياة.

كذلك النقد الهدام والسلبي لأعمال الطفل وإنجازاته وأفكاره بشكل دائم والتركيز على أخطاءه وسلبياته وغض النظر عن إيجابياته يولد لديه الشعور بأن الطفل غير كفؤ ويتهم ذاته ويدين نفسه على سوء سلوكه وإنجازه.

7- **أسلوب الإهمال والنبذ (التجاهل)**: التجاهل، عندما يحرم الأب والأم ابنهما

من كل المثيرات والمنبهات يعطيه ذلك إحساسا مؤلماً بالاضطهاد والعدوانية والاستجابات الاجتماعية اللازمة مما يعطل نموه الاجتماعي والعاطفي والذهني.

ويبالغ بعض الآباء في مخاصمة أبنائهم ومقاطعتهم، أو إبداء إهمالهم إياهم، فعندما يقترب الطفل من والده يهمله إهمالاً تاماً، هذا الأسلوب يعد أسلوباً مؤلماً وقاسي أقسى على نفسية الطفل من أسلوب القسوة نفسه، فالطفل المهمل من ناحية نفسية يتولد لديه شعور بعدم الأمن والوحدة، وسوء التكيف، فأحياناً يلجأ الطفل إلى إدعاء المرض أو الامتناع عن الأكل أو الكلام، أو يصبح لديه عناد أو مشكلة التبول اللاإرادي (العناني، 2005).

والتفكك الأسري بالصراع المتوالي والشجار الدائم يعد أهم أسباب (الإهمال العاطفي) الذي ينتاب الأطفال عن طريق مباشر بمشاهدة ومعايشة الصراع بين الوالدين .

وبشكل غير مباشر عن طريقة انخفاض رعاية الأم والأب وعدم قدرتهما على أداء دورهما المنوطين به لانشغالهما في صراعهما بدلاً من تآلفهما، وينتقل هذا إلى الطفل في شكل إحساس بالخوف وعدم الأمان(الجبالي، 2005).

8- أسلوب التذبذب في التعامل مع الطفل: يمكن أن يكون على عدة أشكال منها أن يعامل الأب الطفل بطريقة مختلفة عن طريقة تعامل الأم على موضوع ما، مما يولد لدى الطفل الشعور بعدم الثبات لسلوك الوالدين معه وعدم انسجامهما، مما يشعره بالقلق وعدم القدرة على توقع ردود الفعل تجاه سلوكه فيصبح متردداً في اتخاذ قراراته وفي التعبير عن رأيه بشكل صريح، أيضاً قد يكون التذبذب من الأب تجاه السلوك الواحد الصادر عن الطفل نفسه، الأمر الذي يربك الطفل ويوقعه في حيرة وسوء التصرف.

ويعد هذا الأسلوب خطيراً لأنه لا يساعد الطفل على معرفة الصواب والخطأ، مما يزعزع ثقته بنفسه ويقلل من قدرته على التكيف السليم.

فالطفل الذي يتعرض للرفض، والعزل، والتخويف، والتجاهل، والإفساد يكون مهيئاً لكل العوامل السلبية في مجتمع تزداد فيه الوحشة والغربة مع ازدياد تطوره وماديته، فتمد حياة الطفل تصبح دوامة من الاضطراب والعنف والتي لا تنتهي (الجبالي، 2005).

إذن الأجواء الأسرية المتسامحة والمحبة تسهم في تشكيل شخصيات سوية ومتوافقة، وقادرة على التكيف مع الحياة وضغوطاتها المختلفة، في حين أن الأجواء المتسلطة والديكتاتورية تشكل شخصيات مقموعة، مهزومة من الداخل أو متمردة، والأسوء من ذلك الأجواء الأسرية المهملة التي تجعل الأبناء يفقدون التوجه والقدرة على تمييز الصح من الخطأ والمقبول من غير المقبول! (غيث، 2006).

انماط المعاملة الوالدية ثلاثة انماط او اساليب، وهي:

1- النمط الديمقراطي: وهو أسلوب يأخذ بعين الاعتبار الأولاد ويصل معهم إلى حلول وسط تراعي الطرفين.

2- النمط التسلطي: وهو تعامل سلطوي أو تسلطي يفرض بها الأهل رأيهم دون مراعاة رأي الأبناء.

3- النمط المتساهل: وهو تعامل يبيح للأبناء أن يسلكوا كما يشاءوا بحرية دون فرض سلطة الأهل عليهم.

وعليه فقد ربط بعض الباحثين بين النمط التسلطي في المعاملة الوالدية واضطرابات الصحة النفسية لدى الأطفال والأبناء بصفة عامة، فقد وجدوا أن عدوانية الآباء وشدتهم في المراقبة تؤدي إلى اضطراب نمو وعي الأطفال، وتساعد على نمو العدوانية ومقاومة السلطة لديهم، كذلك نربط النمط التسلطي في معاملة الأبناء بعدة اضطرابات وجدانية وسلوكية مستقبلية يواجهها الأبناء، ومن بينها مختلف أنماط الإدمان، مشكلات في إقامة علاقة ودية، إكتئاب، إنخفاض في تقدير الذات، انخفاض اتخاذ المبادرة، وصعوبات في عملية اتخاذ القرارات. (عشوى ودويرى، 2006)

يكمن أسلوب التسلط في أصل العقد والأمراض النفسية مثل عقدة النقص، عقدة أوديب عقدة الإهمال، عقدة المنافسة الأخوية، عقدة الذنب، وعقدة فقدان الأمن، والاتجاه التسلطي في التربية يمكن أن يفسر مختلف مظاهر الاضطرابات والأمراض النفسية.(وطفة، 2001)

وقد وضع أطباء النفس والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون، أسساً معينة لرعاية الطفل في الطفولة المبكرة، لأن هذه الأسر كفيلة بتنمية شخصيته على أساس سليم، وتترك أثراً على تكيفه من مثل:

1- **الرضاعة الطبيعية للطفل:** لا تقتصر أهمية الرضاعة على مجرد إطعام الطفل، إذ أن الأم حين ترضع طفلها تضمه إلى صدرها، وتداعبه وتلاعبه، فيشعر خلال ذلك بالحب والعطف والطمأنينة، أيضاً عملية الرضاعة عملية مرتبة وقد بينت الأبحاث أنه يجب ترك الطفل يتمتع من خلال الرضاعة، وتركه يرضع حتى يشبع لأن ذلك يحقق له الأمان ويبعده عن التوتر والقلق.

2- **الفطام:** تتصل عملية الفطام بالرضاعة، حيث يجب على الأم أن تفطم طفلها تدريجياً، وتبتعد عن استخدام الطرق الشعبية في الفطام، كدهن الثدي بأي شيء مر، لأن ذلك يجعل الطفل يستجيب بطريقة غير ملائمة، فقد يثور ويغضب ويلح على طلب الثدي وقد يشعر بالقلق. (شعبان وتيم، 1999)

3- **التدريب على ضبط عملية الإخراج (ضبط المعدة والنظافة):** يتعين على الأم البدء بممارسة هذه العملية في الوقت المناسب، أي عندما يصل الطفل لمستوى النضج الجسمي والعصبي المناسب، وبطريقة متسامحة دون شدة أو عقوبات شديدة، ويجب تعويد الطفل النظافة تدريجياً، لأن القسوة تولد مشاكل في الشباب والرشد في صورة وساوس قهرية (غيث، 2006).

4- **الاستقلال:** لا بد أن يتعلم الطفل الاعتماد على نفسه في السنوات المبكرة من عمره، ويجب على الآباء والمربين أن يكونوا معتدلين في تربية الطفل على الاستقلال لأن اللين في ذلك يؤدي إلى شدة الاعتماد على الآخرين أما القسوة

فتؤدي إلى شدة الاعتماد على النفس حتى في الأمور التي يحتاج فيها الشخص لمشورة الآخرين ومعاونتهم (شعبان وتيم، 1999).

5- **أخطاء التربية الجنسية**: المتعلقة بتعامل الوالدين مع القضايا ذات العلاقة بالمعلومات الجنسية والتعامل مع الأعضاء التناسلية، إن أسلوب ضرب الطفل وعقابه الشديد واتهامه بعدم الأدب والعفة عند اللعب بأعضائه التناسلية- علماً أنه يستكشفها مثلما يستكشف أي عضو من أعضاء جسمه- يمكن أن يولد لديه ردود فعل قويه عند البلوغ تجاه المسائل الجنسية وتجاه الجنس الآخر، إضافة إلى الشعور بالذنب والخجل والانحرافات الجنسية (نعامة، 1985).

إذن الأسلوب المفضل في تنشئة الطفل هو الأسلوب المناسب لسن الطفل والموقف المفضل الذي يعيش فيه، لأن هذا الأسلوب يبني ضمير الطفل ويقوي إرادته في مواجهة صعوبات التكيف ويساعده على تنمية علاقة إيجابية بينه وبين المحيطين به، علاقة قوامها الثقة في نفسه وفيمن حوله. (العناني، 2005)

ثالثاً: مصادر اخرى لسوء التكيف عند الفرد .

1- **الطبقة (المستوى الاقتصادي والاجتماعي)**: إذا درسنا الطبقات الاجتماعية كما هي موجودة في واقع بعض المجتمعات فإننا نجد أن انتماء الفرد إلى طبقة معينة يجر معه الأخذ بعدد من المظاهر السلوكية المرتبطة بها، وقد يكون هذا الوضع نفسه عاملاً في سوء التكيف لدى الفرد حين يجتمع مع أفراد طبقة أخرى، أو حين يسعى إلى الخروج من طبقة إلى أخرى دون أن تكون لديه الشروط اللازمة لذلك، وكثيراً ما يؤدي التفاوت الطبقي في المدرسة إلى ظهور مشاكل لدى الأطفال مثل الخجل والعدوان والسرقة (شعبان وتيم 1999).

2- **الكوارث والحروب**: تمر المجتمعات الإنسانية بفترات تكون صفتها الغالبة الاضطراب والفوضى وانعدام الأمن، وينعكس ذلك على نفوس الأطفال على شكل صراعات وقلق، وهذا ينعكس على حياة الطفل فتؤدي إلى الاضطراب والتشرد.

3- الصدمات والعوامل المباشرة: كثيراً ما نجد أن حالة سوء التكيف تلت مباشرة صدمة أو خبرة قاسية تعرض لها الفرد، حتى تبدو كأنها العامل المباشر الذي أدى إلى حدوث الاضطراب، وفي الواقع إن الصدمات المباشرة يجب أن تؤخذ على أنها مصدر ضمن مصادر سوء التكيف العديدة لدى الفرد، كأن يتطلق الوالدان وينفصل الطفل عن أحدهما ليعيش في بيئة جديدة ومع أحد الوالدان فقط، أو أن تتعرض الأم للعنف والضرب البدني على يد الأب على مشهد ومسمع من الطفل الذي يتألم حتى يجد نفسه عاجزاً عن رد هذا الأذى عن أمه بأي شكل من الأشكال.

4- وسائل الإعلام (السينما، والراديو، والتلفزيون، والكتب، والانترنت).

يعتبر الإعلام ووسائل الاتصال من أهم العناصر التي تشكل ثقافة المجتمعات المعاصرة، ولقد تزايدت أهمية وسائط الإعلام المرئية بصفة عامة والتلفزيون بصفة خاصة في نقل الأنماط الثقافية وتعزيز القيم والاتجاهات مع التطور التكنولوجي الهائل الذي حدث عند هذا المجال (خليفة، 2004).

إن الملاحظ لوسائل الإعلام وما تعرضه على الأطفال واليافعين من برامج مرئية، ومسموعة، وما توفره (الإنترنت) اليوم للجميع من انفتاح عال على العالم، والثقافات المختلفة، يمكن أن تكون له إسهاماته في سوء التكيف للأفراد. فمثلاً ما يشاهدونه الأطفال من عنف متلفز في برامج الكرتون وأفلام الرعب، وما يتركه ذلك على شعورهم بالأمن وتعرضهم لمشاكل النوم من كوابيس وفزع ..

كذلك الأفلام وما تصوره عن العلاقات بين الجنسين .. وهذا كله يشعره بالإحباط ويقوده لسوء التكيف (غيث، 2006).

تؤكد التجارب أن مشاهدة الأطفال لأعمال العنف عبر التلفزيون، والتي تعرض بشكل منتظم ويشاهدونها لعدة سنوات من عمرهم، تثير إكتسابهم لسيناريو السلوك العدواني، أي تتابع خطواته وتعلم فنونه، والتعرف على تمرينات إصداره أو مزايا القيام به واكتساب الثقة بمعرفة نقاط قوة الفرد ونقاط ضعف الآخر، ويرسخ الأطفال هذا السيناريو من خلال الأداء الاستعراضي المتكرر له،

سواء أثناء المحاورة مع الأقران أو في خيالات أحلام اليقظة، ويجعله هذا الأداء سهل الاستعادة عند التعرض لموقف محبط، أي يسير تحوله من فكرة إلى عادة، لذا توجد علاقة قوية بين كثافة مشاهدة الطفل لأفلام العنف وسلوكه العدواني، كذلك يبين عدوانيته وهو طفل وعدوانيته أثناء المراهقة وبعدها.

وأكد باحثون دور التلفزيون في انحراف الأطفال بسبب تقليدهم لما يرونه من أفعال العنف والإجرام في أفلامه الروائية والتسجيلية في رسومه المتحركة حتى قال المتطرفون (إذا كان السجن بالنسبة إلى المراهقين هو الكلية التي يتعلمون فيها الجريمة، فإن التلفاز هو المدرسة المتوسطة للإنحراف) (فزازي، 2004).

وقد أثبتت الدراسات أن تكرار تعرض الأطفال للمشاهد العنيفة في البرامج تجعلهم يميلون إلى الإعتقاد بأن العنف وسيلة سريعة وبسيطة لحل المشكلات وقد يتعلمون من العنف الذي يشاهدونه ويحاولون تقليده، كما يتولد لديهم شعور بالتسامح تجاه العنف في الحياة، ويصبحون أقل حساسية تجاه آلام الآخرين، إذ يجدون التبرير والدعم للتصرفات المماثلة، ويرون أن العنف له ما يبرره، ويمكن أن تكون له نتائج جيدة إذا ما كانت النوايا مقبولة اجتماعياً، وخاصة إذا ما كانت التصرفات صادرة عن البطل الذي يمثل الخير، وفي كثير من الأحيان يقوم السلوك العدواني في قالب جذاب ومشوق مما يدفع الأطفال لتركيز انتباههم عليه (الجشي، 2000).

٣

الفصل الثالث

الشخصية والتكيف



الشخصية والتكيف

مقدمة:

إن أكثر ما يهم الفرد العادي أن يتفهم المرء نفسه سلوكه ودوافعه، وكيف يحقق آماله في الحياة وأن يصبح فرداً مرموقاً في جماعته ومجتمعه (الجسماني، 1994).

إن الهدف من دراسة الشخصية هو اكتشاف المبادئ العامة لنموها وتنظيمها والتعبير عنها (المليجي، 2000).

وإن استراتيجيات التكيف التي يتبناها الأفراد تحدد إدراكهم للضغوط، والتي تؤثر بعد ذلك على الصحة النفسية والجسمية لهم، ولكن يجب أن تكون مهارات التكيف موجودة طوال الوقت، وليس فقط عند إدراك الضغوط.

وذكر لازاروس وفولكمان (Lazuras and Folkman, 1984) **أن هناك إستراتيجيتين للتكيف مع الضغوط هما**: التركيز على المشكلة، والتركيز على المشاعر والانفعالات. فاستراتيجية التركيز على المشكلة، تتضمن بذل الفرد للجهد لحل المشكلة أو تغير الموقف الصعب بطريقة فعالة، في حين إستراتيجية التركيز على المشاعر والانفعالات لا تغير المشكلة أو الموقف مباشرة، ولكن تساعد على إعطاء معنى جديد ينظم المشاعر والانفعالات التي يثيرها الموقف الضاغط.

إن إستراتيجية التركيز على المشكلة هي أكثر فعالية، لأنها ترمي إلى إزالة مصادر الضغوط بدل من تحسين التأثير السلبي للضغوط.

لذلك يمكن للبرامج العلاجية الموجهة للتعامل مع الضغوط أن تزود الفرد بمهارات التكيف ليعينه على التعامل مع هذه الضغوط، كما أن الدعم الاجتماعي يقلل من مستوى الضغوط (حسن، 2006).

تعريف الشخصية:

ليس من السهل أن نقدم تعريف واحد يجمع عليه علماء نفس الشخصية، حيث أن هناك العشرات من التعاريف لهذا المفهوم، ويمكن أن نعرف الشخصية بأنها النمط الثابت والمميز من السلوك، الأفكار، الدوافع، والانفعالات التي تميز الفرد (الزق، 2006).

نلاحظ من التعريف أن الشخصية تتصف بالثبات وهذا الثبات يظهر عبر الوقت والمواقف، فمثلا هناك شخص تحتوي شخصيته الاندفاع، سوف تلاحظ أن هذا الشخص يتميز سلوكه بالاندفاع في أغلب المواقف التي يتواجد بها في غرفة الصف، مع زملائه ورؤسائه في العمل، فالسمة التي تميز شخصيته تبقى ثابتة عند معالجة المشكلات الاجتماعية.

وتلاحظ أيضا أن التعريف يركز على سلوك الفرد فعلماء النفس الاجتماعيين يعلمون أن الناس يختلفون، وأنهم يسلكون بطرق مختلفة في الوقت الواحد، إلا أنهم يركزون على الكيفية التي يسلك بها الفرد العادي المتوسط في موقف ما ويتجاهلون الفروق الفردية.

والشخصية أيضا تكون داخل الفرد ويقصد بذلك أنها ليست مجرد ردود فعل للمواقف التي يمر بها الفرد، وهذا لا يعني أن التنشئة لا تؤثر في شخصية الطفل، بل المقصود أن السلوك ليس فقط نتيجة للموقف (الزق، 2006).

أيضا تعرف الشخصية: بأنها ذلك المفهوم أو الاصطلاح الذي يصف الفرد من حيث هو كل موحد من الأساليب السلوكية والإدراكية المعقدة التنظيم، التي تميزه عن غيره من الناس في المواقف الاجتماعية.

ويرى المعرف ان اهم ما يميز هذا التعريف:

1- عرف الشخصية بأنها مفهوم، وبذلك يبعد الاتجاهات الخرافية في النظر إلى الشخصية.

2- أن الشخصية يمكن أن تقاس بالأساليب السلوكية والإداركية التي ترتبط بعضها ببعض.

3- أن ما يهمنا هنا من هذه الأنماط السلوكية هو ما يتصل منها بالمواقف الاجتماعية على وجه الخصوص (الجسماني، 1994).

أما تعريف الشخصية من حيث التكيف مع المحيط حولها يرى باودن (Bowden) أن الشخصية (هي تلك الميول الثابتة عند الفرد التي تنظم عملية التكيف بينه وبين بيئته)، ويرى برت (Burt) أن الشخصية (هي النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبياً، التي تعد مميزاً خاصاً للفرد، والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية).

أما البورت فيعرف الشخصية (هي التنظيم الديناميكي في داخل الفرد لتلك المنظومات الجسمية النفسية التي تحدد أشكال التكيف الخاصة لديه مع البيئة).

خصائص الشخصية:

تجتمع في الشخصية خاصيتان أساسيتان : تظهر الأولى في شكل ثبات في الشخصية، وتظهر الثانية في التغير والتغيير اللذين ينالان منها خلال تاريخ حياتها. فالدارية بالشخصية تساعدنا في إمكانية التنبؤ بما يمكن أن تقوم به من سلوك، والتعريف هذا يفترض في الأصل نوعاً من الثبات في الشخصية، وإلا لما كان التنبؤ ممكناً (الرفاعي، 1982).

وعند طرح السؤال المتعلق بأي الجوانب التي تثبت في شخصياتنا وأشكال الثبات، لجد عدة أنواع وهي:

1-الثبات في الأعمال: يظهر هذا النوع في سلوكيات الفرد الصادرة عنه تجاه الأحداث والناس في الحياة، فالشخص الذي يتعاون مع الآخرين والمحب للمساعدة يميل سلوكه إلى الثبات، والظهور في معظم مواقف الحياة ،فهو يساعد أمه في أعمال المنزل، والمساعدة في تدريس إخوته والقيام بواجباتهم،

ويتطوع لمساعدة الغرباء، ويظهر الاحترام للآخرين، ولديه الشعور بالمسؤولية تجاه الكلمة (غيث، 2006).

2-**الثبات في الأسلوب أو التغيير**: تشير إلى طريقة الفرد المميزة عند قيامه بالأعمال والمهمات، مثلا استخدام اليدين أثناء الكلام، وهذه الحركات تميل إلى البقاء والثبات لدى الفرد في عدة مناسبات.

3-**الثبات في البناء الداخلي**: يقصد به الأسس العميقة التي تقوم عليها الشخصية كالمعتقدات والأفكار التي يحملها الفرد عن نفسه والآخرين والحياة، فالشخص الذي يدرك نفسه على أنه كفوء ومحبوب يدرك ذلك في نفسه في معظم المواقف، والفرد الذي يحمل قيماً دينية تنعكس على تصرفاته اليومية مع الناس (غيث، 2006).

4-**الثبات في الشعور الداخلي**: يُقصد به شعور الفرد داخلياً وعبر مراحل حياته باستمرار ووحدة شخصيته وثباتها ضمن الظروف المقدرة التي يمر بها، كوحدة الخبرة في الحاضر واستمرار اتصالها مع الخبرة الماضية التي كان يمر بها(العناني، 2005).

تغير وتغيير الشخصية: ثبات الشخصية ثباتاً نسبياً، وليس أزلياً، فالحركة والنمو والتغير والانطلاق صفات أساسية للشخصية. وتتغير الشخصية في نوعين:

1-**التغير**: المقصود به أن الشخصية تتغير من غير قصد، فالشخصية تتغير خلال مراحل النمو المتتابعة وتتأثر بالعوامل الجسدية والعقلية والنضج والتعلم ومؤسسات التنشئة الاجتماعية .

2-**التغيير**: المقصود به أن الشخصية تتغير عن قصد،والتغيير في الشخصية يقوم على أساس أن الكثير من مكوناتها وسماتها تكون مكتسبة ومتعلمة، وعندما تكون سوية تؤدي إلى الصحة النفسية، وإذا كانت غير سوية أدت إلى التفكك والمرض، هنا قد يبذل الفرد جهوداً ذاتية للتغيير المقصود بإعادة التعلم أو محو التعلم وغير ذلك بطرق العلاج النفسي.

والتغير والتغيير هما من مصلحة الشخصية في أغلب الأحيان وذلك لأن التنظيم الذي يتميز بالثبات النسبي والتغير يستطيع أن يضمن لنفسه الاستمرارية والنماء (شعبان وتيم 1999).

تكامل الشخصية: التكامل يعني انتقال وحدات صغيره في وحدة أكبر، والوحدة المتكاملة هي أجزاء متفاعلة بينها علامات ويجمعها تنظيم معين، فجسم الإنسان مثال رائع للتكامل البيولوجي، فهو مجموعه أعضاء ووظائف يتفاعل مع بعضها البعض، والشخصية السوية تمتاز بالتكامل ما بين عناصر متآلفة مع بعضها.

ومن شروط التكامل في الشخصية خلوها من الصراعات النفسية الموصولة العنيفة، الشعورية واللاشعورية، كالصراع بين غرائز الفرد وضميره، وما بين نزواته واحترامه لذاته، أو بين ما تنطوي عليه نفسه من معتقدات وأفكار ومبادئ، بل وقيم وأطماع مختلفة،فالتكامل توافق وتناسق، وعدم التكامل يعني الفرقة والانقسام واضطراب الشخصية (أبو حويج، 2001).

محددات الشخصية:

1- المحددات الشخصية (البيولوجية والتفاعل بينهما):

المحددات البيولوجية: الوراثة تؤثر في شخصية الفرد من الناحية الجسمية كالطول ولون العينين، وهناك أمراض وراثية تسبب الإعاقة العقلية وأمراض أخرى. وإذا كان الذهان العضوي يعود إلى تلف في الجهاز العصبي، فإن العديد من الباحثين يرون أن الذهان الوظيفي نفسي المنشأ.

عزى بعض الباحثين الفصام لعوامل وراثية، والبعض الآخر لأسباب بيئية، والأطباء النفسيين يرون أنه محصلة ردود فعل الكائن البيولوجي أثناء تفاعله مع البيئة.

أجريت دراسات لمعرفة تأثير الوراثة على الشخصية، منها دراسة أجريت على مجموعة من التوائم في سن المراهقة، وقد بينت النتائج أن التوائم المتطابقة أكثر تشابهاً في صفة الانطواء من التوائم الأخوية.

ودراسة أخرى قارنت بين مجموعة من التوائم المتطابقة ومجموعة من الأخوة باستخدام مقياس يتألف من خمس سمات للشخصية هي: العدوانية، المزاجية، الاتكالية، السلوك الجنسي، والخجل، وبينت النتائج أن هناك تشابه أكبر بين التوائم المتطابقة على هذه السمات.

من هذه الدراسات استنتج الباحثين أن سمات الشخصية تتأثر بالعوامل الوراثية، وأن هناك فروقاً بين الأطفال حديثي الولادة لا يمكن إرجاعها إلى البيئة، **وهناك ثلاثة مظاهر أساسية بين فيها الفرق بين الأطفال:**

أ. **عتبات الإحساس والتكيف:** بعض الأطفال يستجيبوا لمثيرات بسيطة للغاية كلمس الجلد والبعض الآخر لا يستجيب الا المثيرات أكثر شدة، كما أن عتبات الإحساس بالألم تختلف من طفل لآخر، وهناك بعض الأطفال سريعاً ما يعتادون على الأصوات المثيرة للدهشة بينما آخرون لا.

ب. **النشاط العام لحدة الطبع أو النزق:** الصغار يختلفون في درجة النشاط العام الذي يظهرونه بعد الولادة، فالبعض يميل لتحريك أيديهم وأرجلهم أكثر من غيرهم.

جـ. **توصلت الدراسات إلى أن هناك ثلاثة أنماط من المزاج يتميز بها الأطفال وهي:-**

- نمط الطفل السهل، وأطفال هذا النمط يأكلون وينامون بانتظام وهم سريعوا التكيف للمأكولات والخبرات الجديدة، وهم يشكلون (40٪) من نسبة المواليد.
- نمط الطفل بطيء الفعالية، وأطفال هذا النمط يميلون للانسحاب عندما يتعرضون لخبرة جديدة ويكون نشاطهم منخفض.
- نمط الطفل الصعب، أطفال هذا النمط عديموا الانتظام في الأكل والنوم، ويتكيفون ببطء للخبرات الجديدة، وردود أفعالهم عنيفة للغاية، وكثيراً ما تأخذ مظاهر ثورات الغضب، وهم يشكلون (1٪) من الأطفال المواليد.

وهناك أطفال يظهرون مزيجا من الأنماط الثلاثة.

هذه الفروق بالأنماط تبدو واضحة في الأسابيع الأولى من العمر خاصة فيما يتعلق بالنوم والأكل، مما يبين أهمية العوامل الوراثية في هذا المجال.

2-المحددات الاجتماعية:

يذكر لازاروس أن تأثيرات العوامل الاجتماعية في الشخصية يظهر في مجالين رئيسيين، الأول يتعلق بأثر الجماعة على قرارات الفرد وسلوكه في لحظه معينة، وهذا المجال يسمى (التأثير الاجتماعي المعاصر أو الآني).

أما المجال الثاني فيتعلق بالتأثير على سلوك الفرد منذ لحظة ولادته، وطول حياته، فيسمى هذا المجال (التأثير الاجتماعي النمائي). فنجد تأثير الأسرة منذ ولادة الفرد ومعاملة الوالدين والأشقاء له، ثم تبدأ تأثيرات متراكمة للمدرسة، والمعلمة، والرفاق، والمؤسسات الأخرى للتنشئة الاجتماعية، وهذه كلها لها تأثير على الفرد وبشكل منسجم مع ثقافة المجتمع من حيث العادات والتقاليد، والقيم، والمعتقدات وأساليب الحياة المختلفة.

3-التفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية:

يعتقد بعض العلماء أن الشخصية نتاج للتفاعل ما بين العوامل الوراثية البيولوجية والعوامل الاجتماعية الثقافية، ومن الصعب النظر للشخصية على أنها نتاج لعامل واحد فقط، بل هناك تأثير متبادل في أن كل منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به.

مثلا الطفل الذي لديه مزاج صعب، ولكن عاش ظروفاً أسرية مستقرة، وتربيته عادلة ومتسامحة، وتم التخفيف من هذه الانفعالات واكتسب مهارات لازمه لمواجهة أزمات الحياة وضغوطها، فإن ذلك يمكن من تحسين مزاجه وبالتالي تخطي صعوبات التكيف (غيث، 2006).



٤

الفصل الرابع

نظريات الشخصية والضغط النفسي



نظريات الشخصية والضغط النفسي

تعريف النظرية:

هي مجموعة استنتاجا ت أو افتراضات توصل إليها الباحثون بالإمكان التأكد من صحتها وهي ليست حقائق مسلماً بها (شعبان وتيم،1999).

نظريات الشخصية:الاختلاف وتعريفات الشخصية يأتي أساساً من الاختلاف في وجهة النظر في تغير الشخصية،وقد يكون الاختلاف ضئيلا أو كبيراً بين وجهات النظر،وفي بعض الأحيان فإن الاختلاف يكون راجعا إلى الألفاظ المستخدمة بواسطة بعض العلماء واختلافها عن الألفاظ التي يستخدمها علماء آخرون،وبالرغم من الاختلاف في الألفاظ فإن المفاهيم والمعاني واحدة.

إن أكثر التقسيمات شيوعاً لنظريات الشخصية التقسيم الذي يصنفها إلى مجموعة من النظريات:

- **المجموعة الأولى** : تشمل النظريات التي تصنف الشخصية إلى نمطين أو أكثر، وهذه النظريات تقوم على أسس متنوعة قد تكون جسمية بدنية، أو عقلية، أو مزاجية، علاوة على ذلك فإن هذه النظريات تقسم الناس إلى مجموعتين أو أكثر، كل مجموعة منها تتصف بعدة صفات تميزها عن الأخرى، ويطلق على كل نوع اسم نمط.
- **المجموعة الثانية** : توضح الشخصية أنها تتكون من عدد من العوامل أو الصفات أو السمات، وكل شخص توجد به هذه العوامل بقدر كبير أو بقدر ضئيل، ومن هذه الصفات لدى الفرد ودرجة وجودها يمكن أن تحصل صورة سيكولوجية تميزه عن غيره من الناس.

ثالثاً : فنظريات الشخصية محاولات تفسير ظاهرة الشخصية من حيث ماهيتها، ومكوناتها والعوامل المؤثرة بها، وتصاغ هذه التغيرات على شكل افتراضات

تساعد على وصف الشخصية ، كما تساعد على التنبؤ بها، والتحكم المتعلق بها(الجسماني، 1994).

وسنعرض هنا عددا من نظريات الشخصية:

1- نظرية الأنماط وتضم الأنماط عند أبقراط - أنماط كريتشمر - أنماط بافلوف - وأنماط يونغ ..

2- نظرية التحليل النفسي.

3- نظرية السمات عند كاتل والبورت.

4- نظريات التعلم - السلوكية والمعرفية.

5- نظرية الذات - كارل روجرز.

أولا : نظريات الأنماط :

زخرت الفلسفة اليونانية بعدة صور لشخصيات الناس وأنماطهم وصفاتهم التي تميزهم عن الناس الآخرين ويظهر هذا في أعمال ثيوفرا سطس، وأرسطو، وأفلاطون، مما دعا إلى الاعتقاد بينهم أن لكل فردا (نمطا) أو (طرازا) يسلكه وفقا له بحيث يكون هناك تناسق في تصرفاته بعضها مع البعض الآخر، وفي اتفاق مع نمط الشخصية. (الجسماني، 1994)

❖ نظرية ابقراط :

تم تقسيم الشخصية بناء على سيادة أحد السوائل في الجسم، (وهي أربعة إفرازات جسمية):

- تضم الدم: ويفرزه الكبد. -البلغم: تفرزه الرئتان.- الصفراء تفرزها المرارة، - السوداء: ويفرزها الطحال. وسيادة أحدهما على الآخر الذي يحدد هو شخصية الفرد ومزاجه (إذ كان يطلق على الشخصية في عهده (المزاج))وهي واحدة من التالية:

1- النمط الدموي (دموي المزاج): يتصف بأنه متفائل، نشط، سهل الاستثارة، وسريع الاستجابة، حاد الطبع، متحمس، واثق.

2- النمط البلغمي (بلغمي المزاج): يتصف بأن متفائل، بليد، ، متبلد الانفعال، بطوء التفكير، بارد، عديم المبادرة، متأمل.

3- النمط الصفراوي (صفراوي المزاج): سريع الانفعال، غضوب، عنيد، طموح.

4- النمط السودادي (سودادي المزاج): متشائم،منطو، مكتئب، هابط النشاط، بطيء التفكير، متأمل.

ويرى أبقراط أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الذي يكون لديه توازن بين الأمزجة الأربعة.

* نظرية كريتشمر: قسم الشخصية إلى أربعة وهي:

1- النمط البدين: وهو ممتلئ الجسم، قصير الساقين والعنق، عريض الوجه، يتصف بالمرح، انبساطي ، اجتماعي، فكاهي، صريح ،سريع التقلب.

2- النمط النحيل: نحيل الجسم ، طويل الأطراف، دقيق القسمات، يتصف بأنه منطو، مكتئب.

3- النمط الرياضي: جسمه متناسق، قوي العضلات، ممتلئ الجسم ، رياضي، ويتصف بأنه واثق من نفسه، عدواني، نشيط، قيادي.

4-النمط غير المنتظم: هو ما ليس كذلك مما سبق من الأوضاع.

❖نظرية يونغ: قسم يونغ الشخصية إلى قسمين هما:

1- النمط الانبساطي (المتوجه نحو الخارج) وهذا النمط يتصف بأنه نشيط، اجتماعي يميل إلى المشاركة في النشاطات الاجتماعية، له صداقات كثيرة، يبوح للآخرين بأفكاره وأسراره، متواقعة، حيوي، مقبل على الحياة، صريح، ويتميز بأنه يتجه نحو العالم وخاصة في حالة مصادفة المشكلات والتوتر النفسي، فيشعر بسعادة في وجود الآخرين

2- النمط الانطوائي (المتوجه نحو الداخل) انسحابي غير اجتماعي، انعزالي، يتحاشى العلاقات الاجتماعية، يفكر دائماً بنفسه، متمركز حول ذاته، سلوكه يخضع لمبادئ وقوانين صارمة، غير مرن، غير متوافق، شكاك، ويتميز بأنه يميل

للابتعاد عن الغير في حالة مصادفة المشكلات والتوتر النفسي، ويتصف بالخجل والميل إلى العمل الانفرادي ويهرب من فرص المسؤولية والزعامة (لازاروس، 1984).

❖نظرية بافلوف: يصنف بافلوف الأنماط إلى :

1- النمط المندفع : يتميز بالاندفاع والطيش وشدة الاستثارة، وكثرة التسلط، والعدوانية، ويبدو هذا النمط واضحاً عند الفرد الميال إلى العدوانية.

2- النمط الخذول: هو ضعيف النشاط، مائل إلى الاكتئاب والهدوء المفرط، والسكينة والتخاذل والخضوع.

3- النمط المتزن النشط: يتميز بالاعتدال مع ظهور النشاط وكثرة الحركة.

4- النمط المتزن الهادئ: يتميز بالقبول والمحافظة على الرزانة، وهو عامل جيد ومنتظم. (غيث، 2006)

وذكر بافلوف أن نسبة من يأتي إلى العيادة النفسية من النمطين الأولين المتطرفين(المندفع والخذول) أعلى بكثير من نسبة من يأتي من النمطين المتزنين، والظاهر أن تمكن الأخيرتين من التكيف مع شروط الحياة ومواجهتها بها أقوى من تمكن الأولين. (العناني، 2005)

نقد لنظريات الأنماط:

تتمثل هذه النظريات مجموعة متشابهة ومتداخلة من النظريات، فإذا سهل الأساس النظري لأحداهما كان من الصعب التأكد من صحة تطبيقاتها، بالرغم من أن بعض أو أغلب هذه النظريات قد استنبط من ملاحظات اكلينيكية أولية إلا أن البحوث لم تثبتها (الجسماني، 1994).

ومن الانتقادات على هذه النظريات:

1- إن وضع الشخص في نمط معين يضفي عليه صفات كثيرة قد لا تنطبق كلها عليه، فالافتراض أن الفرد ما دام صاحب نمط معين فكل السمات التي تتعلق

بهذا النمط تكون موجودة فيه وضرر ذلك أننا نعمم على الأفراد ما ليس بهم، وكأننا نضعهم في قالب جامد متجاهلين الفروق الفردية.

2- تتجاهل هذه النظرية ديناميكية الشخصية وتعقد نظامها، بإهتمامها بالوصف والتصنيف وتأكيدها على ناحية واحدة من مكونات الشخصية كالبدن وشكله أو النفسية.

ثانياً: نظريات السمات (الصفات):

المقصود بلفظ (سمة) أي خاصية يختلف فيها الناس أو تتباين من فرد لآخر، أو السمات الشعورية أي السلوكيات والدوافع الفورية الأساسية المميزة للأفراد.

الصفة: أنها أساس يمكن أن نفرق به بين الناس فهذا الشخص صادق أو كاذب، مسيطر أو خضوع، وتتوقع أن يسلك الناس طريقة فيها شيء من الثبات والقابلية للتنبؤ بالسلوك في المستقبل، وبذلك فإننا يمكن أن نقوم بوصف الشخص بصورة عامة وبدرجة كبيرة من الثبات باستخدامنا عدداً معيناً من الصفات تميز سلوكه عن الآخرين.

قد تكون السمة استعداداً فطرياً كالسمات المزاجية شدة الانفعال أو ضعفهما وسرعته أو بطئه، وقد تكون السمة مكتسبة كالسمات الاجتماعية مثل الأمان والخداع والصدق أو الشفقة، والقوة (المليجي، 2000).

من ابرز علماء نظريات السمات البورت وكاتيل:

*سمات البورت: عرف البورت السمة بأنها نظام نفسي عصبي مركزي عام (خاص بالفرد) يعمل على المثيرات المتعددة متساوياً وظيفياً ،كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفي والتفسيري. (الجسماني، 1994)

وقسم البورت السمات من حيث أصولها إلى قسمين:

أ . سمات وراثية فطرية.

ب. سمات متعلمة مكتسبة.

ويرى البورت أن هناك لها ثلاثة أنواع من السمات الشخصية:

1- **السمات الأساسية**: وهي تلك السمة السائدة في سلوك الفرد والتي يتأثر بها كل سلوك يصدر عنه، **مثال ذلك**: وجود ميل متطرف عند فرد ما نحو القوة، المتعة أو العدل، بحيث نجد أن كل ما يصدر عنه من سلوكيات مصبوغ بهذا الميل، وهذا النوع من السمات قليل، كما أن الأفراد الذين يتسموا بهذا النوع من السمات قلة.

2- **السمات المركبة**: هي أكثر السمات تمييزاً لشخصية الفرد، وهي أكثر خمسة إلى عشرة سمات يمكن أن نصف شخص ما بها ، فكل فرد منا يتسم سلوكه بخمسة إلى عشرة سمات مركزية تعكس أسلوبه المميز في السلوك والتعامل مع الآخرين والاستجابة للمواقف المختلفة، ومن السمات المركزية التي كثيراً ما تتكرر لدى الأفراد الخجل، الدفء، المنافسة والسلبية.

3- **السمات الثانوية**: هي السمات المركزة والخاصة والتي تظهر في مواقف دون غيرها، وهي أقل أهمية بالنسبة لجوهر الشخصية ويمكن للفرد أن يمتلك عدداً كبيراً من هذه السمات، **مثال ذلك**: أن يتسم فرد ما بالسيطرة والعدوانية في أثناء ممارسته لدور الآباء، ويتسم بالامتثال في تعامله مع رؤسائه في العمل. (الزق، 2006)

***سمات كاتيل**: يعرف كاتيل الشخصية بأنها (هي التي تسمح لنا بالتنبؤ بما سيفعله الشخص في موقف معين)، أما السمة عنده فهي عبارة عن ميول واسعة ودائمة نسبياً. (الرفاعي، 1982)

ويتفق كاتيل مع البورت على أن السمات تمثل العناصر أو المكونات الأساسية في الشخصية، غير أن كاتيل حاول أن يحدد هذه السمات.

وقسم كاتيل السمات إلى نوعين:

1- السمات السطحية لأنها ظاهرة في سلوك وأفعال الفرد وهذه ظاهرة للملاحظة، ومتنوعة جداً وعديدة.

2- السمات المصدرية والتي تمثل حجر الأساس للشخصية، والمسؤولة عن السمات السطحية، فالفرد مثلاً قد يمتلك سمات سطحية مثل تأكيد الـذات، الشـجاعة والطموح، السمة المصدرية التي يمكن أن تكـون المسـؤولة عـن هـذه السـمات السطحية الثلاث هي سمة السيطرة، وهذه السمة كامنة، وعددها قليل. (الزق، 2006)

وتوصل كاتيل إلى تحديد بعض السمات للشخصية الإنسـانية وقـد وضعـها على شكل أقطاب ثنائية منها:

1- الذكاء العام مقابل الضعف العقلي (ذكي مقابل غبي).
2- الاجتماعي مقابل العدواني.
3- التحرر مقابل المحافظة.
4- الثبات الانفعالي أو قوة الانا مقابل عدم الثبات الانفعالي أو ضعف الانا (هادئ انفعالياً ناضج ضد متقلب غير ناضج).
5- السيطرة مقابل الخضوع.
6- الانبساط مقابل الانطواء (المرح ضد الاكتئاب، منشرح ضد منعزل).
7- الشجاعة ضد الخجل (شجاع، اجتماعي، مغامر ضد خجول جبان).
8- إيجابية الانا في مقابل الاعتمادية (مسؤول لطيف مستقر إنفعالياً، ضد مسـتهتر، مقبل، كسول).
9- سرعة الاهتياج ضد الاستقرار (سريع الاهتيـاح ضـد هـادئ رصـين). (غيـث 2006)

ولقد تابع كاتيل تحليله للصفات واستنبط منها (12) صفة أساسية منها:

القدرة العقلية والضعف العقلـي، السـيطرة والخضـوع، المرح والاكتئـاب، الخلق الايجابي والحقد السيء، والتقلب والجمود..الخ. (الجسماني، 1994)

تعريف الهوية و الشخصية:

يعد مفهوم الهوية والشخصية من المفاهيم الاشكالية التي تطرح نفسها منذ زمن بعيد على بساط البحث العلمي. وإذا كان كل مفهوم من هذين المفهومين يطرح بمفرده فإن الاشكالية التي يطرحها التداخل بينهما ينهض بقوة.

يشتق مفهوم الشخصية (personnalte) من الكلمة اليونانية (Person) والتي تعني في الأصل قناعا، وليس من السهل أبدا أن تقع على تعريف جامع مانع لهذا المفهوم، إذ يحظى جوردن البورت (Gurdan Allport, 1977) خمسين تعريفا للشخصية، وينطلق البورت من هذه المعطيات ليقدم تعريفا متوازنا للشخص قوامه أن "الشخصية" هي تنظيم دينامي لوضعيات نفسية فيزيائية تحقق للفرد تكيفه مع الوسط الاجتماعي، وهذا يعني أن الشخصية ليست موجودة ماديا بل هي كيان متناسق من التطورات الحرة والأحاسيس الروحية والمشاعر.

الهوية هي وحدة من المشاعر الداخلية التي تتمثل في الشعور بالاستمرارية والتمايز والديمومة والجهد المركزي، وهي وحدة من العناصر المادية والنفسية المتكاملة التي تجعل الشخص يتمايز عما سواه ويشعر بتباينه ووحدته الذاتية. (وطفة، 2001)

ومن أجل تحديد التمايز بين مفهومي الشخصية والهوية يمكن أن نسجل النقاط التالية:

1- يركز مفهوم الهوية على أهمية المشاعر الداخلية بدرجة أكبر من الشخصية.

2- يرتكز مفهوم الهوية على مفهوم الانتماء ومفهوم الوحدة والتكامل النفسي الشخصي.

3- يركز مفهوم الشخصية على الجوانب الخارجية بدرجة أكبر من مفهوم الهوية ويتضح هذا من فكرة القناع الذي يعني المظهر الخارجي.

4- يركز مفهوم الشخصية على الجوانب المادية بصورة أشمل من مفهوم الشخصية.

5- مفهوم الهوية مفهوم شامل يوظف للدلالة على ظواهر مادية غير إنسانية بينما ينفرد المفهوم الشخصية بالدلالة على الظاهرة الإنسانية دون غيرها من الظواهر.

أما أوجه التجانس بين المفهومين فهي كالتالي:

1- كلاهما يؤكد عنصر الوحدة في الكائن الإنساني.

2- كلاهما يشمل عنصر التنظيم بين عناصر الوجود الفردي.

3- كلاهما يؤكد أهمية التغير، فالفرد عبر بعدي الزمان والمكان.

4- كلاهما يؤكدان على أن الكيان الإنساني يشتمل على عناصر نفسية مكونة. (وطفة، 2001)

الشخصية والثقافة:

تتحدد السمات الأساسية للشخصية في مجتمع ما بطابع الثقافة السائدة في المجتمع، وترتبط بين الشخصية على حد تعبير بودون (Boudon) ارتباطا وثيقا بالثقافة المحددة لمجتمع معين، ويرى كاردينر (Kardiner) أن كل نظام اجتماعي ثقافي يتميز بشخصية مرجعية، فالأنا هي ترسب ثقافي، وبالتالي فالشخصية الثقافية تتباين من ثقافة إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر (وطفة، 2001).

يرى دوراند (Durand) أن نظام القيم والمواقف المشتركة بين أعضاء الجماعة يترجم إلى أشكال متعددة من السلوك الصريح والذي يرتبط بمواقف معينة، ويترتب على ذلك أن لكل ثقافة شخصية أساسية مرجعية وهي الهوية الأساسية في هذا المجتمع، وهي تعكس صورة القيم السائدة أو الصيغة النفسية للحياة الاجتماعية والثقافية القائمة (وطفة،2001).

الأبعاد الأساسية للشخصية:

يلاحظ من خلال العرض السابق أنه لا يوجد هناك اتفاق حول عدد السمات الأساسية التي تكون بنية الشخصية، إلا أنه في الآونة الأخيرة لوحظ اتفاق

بين الباحثين على وجود خمسة أبعاد تكون في مجموعها بنية الشخصية، أي أنه يمكن التمييز بين شخص ما وآخر بناء على موقعه من كل بعد، وأصبحت هذه الأبعاد تسمى في أدبيات أبحاث الشخصية (الخمسة الكبرى) وهذه الأبعاد التي أشار إليها **إيزنك متضمنة من هذه القائمة الأبعاد التالية، وهي:**

1- **الانبساط** : يمكن أن يعني تأكيد الذات، التعبير المباشر عن الدوافع، ويظهر أحيانا على شكل سيطرة ويتضمن ميل للتفاعل الاجتماعي، فالفرد يمكن أن يكون متحدث أو محدث، اجتماعي أو انطوائي، مغامر أو حذر، مبادر أو خجول.

2- **المسايرة**: البعض يسمي هذا البعد المسايرة مقابل الخصومة. أيضا يسمي اللطف مقابل العدوانية. ويمكن للمسايرة أن تظهر على شكل دفء ولطف في المعاملة، عدم الغيرة، امتثال أو دعم وجداني للآخرين، في المقابل فإن الطرف الآخر من هذا البعد يظهر على شكل برود، غيره، عناد، خصومة، انقلاب إلى عدائية نحو الآخرين، إنه يعكس مدى القدرة على بناء العلاقات الحميمة أو العدائية.

3- **التصميم**: إن الباحثين غير متفقين حوله تسمية هذا البعد، فمنهم من يسميه الضمير أو الإرادة أو المسؤولية. فالتصميم يتضمن التخطيط، المثابرة، والكفاح في سبيل الأهداف. ويمكن للفرد أن يتمتع بإحساس بالمسؤولية أو الاعتماد على الآخرين، مواظب أو غير مواظب، ثابت متردد، منظم أو عديم الاهتمام.

4- **العصابية**: أو الحالة الانفعالية الفرد العصابي يتصف بالقلق وعدم القدرة على ضبط انفعالاته، يميل إلى تبني أفكار غير واقعية، كما يتسم بالسلبية وعدم الاتزان في الانفعالات وكثرة التذمر.

5- **الانفتاح على الخبرة**: يشير إلى المدى الذي يكون فيه الفرد أصيل في تفكيره، إبداعي، تصوري، وقادر على التفكير المتباعد، مقابل ذلك يمكن أن يكون الفرد غير مبدع، بسيط، غير تأملي.

هذه الأبعاد الخمسة موجودة لدى الأفراد في مختلف الثقافات والمجتمعات، وهذا السمات تتسم بالثبات مع العمر، بمعنى أنها لا تتغير هذه السمات مع التقدم بالعمر.

وتبحث الدراسات الحديثة في مجال السمات في طرق التفاعل التي تتفاعل بها كل سمة من سمات الشخصية مع الظروف البيئية لتحقيق التكيف أو عدم التكيف النفسي (الزق، 2006).

نقد نظرية السمات:

1- لا يوجد اتفاق عام حول معاني السمات.

2- لم تتمكن النظرية حتى الآن من تقديم وصف كامل للشخصية على كل أبعادها.

3- تركز النظرية على أبعاد الشخصية وهي السمات وتتجاهل الأبعاد الأخرى، ولا تحدد الأسباب التي تجعله يسلك سلوكا دون غيره، كما انها لا توضح دور الدافعية الهام في السلوك.

4- الدراسات العملية للسمات وقياسها غاية في الصعوبة لأسباب عديدة منها:

أ . أنها غالبا ما تكون غامضة أو مبهمه المعنى .

ب. الذاتية في التفسير.

جـ. أن أي سلوك بسيط يعتمد على عوامل متعددة في بناء الشخصية، وفي البيئة، بحيث لا يستجيب الشخص طوال الوقت بناء على السمة فحسب، ومع ذلك لا يعني هذا اليأس في محاول قياس سمات الشخصية أو تقييم الناس (المليجي، 2000)

5- استحدثت نظرية السمات العديدة من الاختبارات الموضوعية لقياس سمات الفرد، ولكن العوامل النفسية تؤثر على استجابات هذه الاختبارات مما يضعف من ثباتها وصدقها في بعض الأحيان.

6- مسالة وجود سمات عامة نسبيا لا تزال مجالا للدراسة والبحث، ذلك إن ما يفعله الناس يرتبط بعوامل كثيرة. (العناني، 2005)

ثالثا: نظرية التحليل النفسي.

منظور التحليل النفسي: مؤسس هذه المدرسة النمساوي سيجموند فرويد، كانت مدرسة التحليل النفسي أول من وجهت الأنظار إلى أن الخبرات الانفعالية في الطفولة تترك أثرا باقيا في بناء الشخصية، مما يجعلنا نقرر أن الشخصية تتحدد معالمها إلى حد كبير في فترة الخمس سنوات الأولى من حياة الفرد، واكتشف العلاقة بين تنظيم الشخصية للفرد الراشد وبين تربيته، وتتحدد الشخصية للفرد نتيجة تفاعله أو صراعه مع البيئة المحيطة أو مع البيئة الداخلية، أي صراعه مع نفسه ،ويتم ذلك غالبا بمستوى اللاشعورية (المليجي،2000).

ولاحظ أن هناك الكثير من الدوافع والرغبات المكبوتة والخبرات المؤلمه عند الأطفال،ولاحظ أن حديثهم عن الرغبات يخفف من حدة الأعراض التي يعانون منها، ووجد فرويد أن الرغبات المكبوتة هي غالبا رغبات جنسية، أما الدوافع فهي غالبا دوافع عدوانية، ويعمل الأفراد على كبتها لأن المجتمع يعاقب الفرد عند التعبير عنها، وهنا يدرك أثر الخبرات المكبوتة على السلوك والشخصية (الزق،2006).

وقد عرض نظريته من خلال عدة مفاهيم أساسية هي:

1- مستويات الحياة العقلية أو النشاط العقلي.

2- مكونات الشخصية.

3- ديناميات الشخصية.

وفيما يلي توضيح موجز لهذه المفاهيم:

أولا: مستويات الحياة العقلية (النشاط العقلي).

استنتج فرويد من خبراته العلاجية وجود ثلاثة مستويات من النشاط العقلي هي:

1- **الشعور:** أنه مستوى التفكير الواضح والعقل الظاهر حيث يمكن استدعاء المواد الموجودة به بسهولة تلبية لمتطلبات البيئة، وهو يتألف من الأشياء التي يركز الفرد انتباهه عليها في لحظة معينة من الزمن وما يعيه الفرد ويدركه (الآن والحاضر).

2- **ما قبل الشعور:** ويتكون من الذكريات والخبرات والأفكار التي يمكن استدعاؤها ولكن بصعوبة ويمثل الذاكرة العادية للفرد، فالمعلومات في هذا الجزء من العقل ليست في مجال الوعي لكن يمكن استحضارها، والمواد الموجودة في كل من الشعور وما قبل الشعور تتفق وتستجيب للواقع.

3- **اللاشعور:** رأى فرويد أن الكثير من الدوافع التي ترفض أو تعاقب من الوالدين أو المجتمع في مرحلة الطفولة هي دوافع ذات أساس غريزي، وكل الأطفال يولدون ولديهم دوافع،وبسبب طبيعتها الغريزية فإن لها تأثير على الشخصية في جميع مراحل الحياة،ورفض هذه الدوافع عند الطفل يعني أنها انتقلت من الشعور الى اللاشعور،وتعود للظهور من وقت لاخر من خلال الأحلام أو زلات اللسان أو على شكل مشكلات نفسية أو انفعالية.

وحسب رأي فرويد عندما يختار الفرد أهدافه ونشاطاته اليومية فإن الخبرات اللاشعورية وليس الشعورية هي التي تحدد للفرد خبراته وتوجهه نحو وجه معينة (المليجي، 2000).

هذا الجزء من الحياة النفسية والعقلية (اللاشعور) يتألف من الأفكار والرغبات والذكريات والاتجاهات والمشاعر والتي لا تخضع للضغط الإرادي، فهذه الأفكار والمخاوف والرغبات المكبوته عمل الفرد على كبتها واستبعادها عن مجال الشعور أو الوعي وذلك لأنها تسبب له القلق والألم، وتثير لدى الفرد الشعور

بالقلق والصراع،ولا يستطيع الفرد أن يتذكرها، ولكنها تؤثر على سلوكه ويحاول التعبير عن نفسها عن طريق الأحلام،زلات اللسان،ويتم استدعاؤها إلا من خلال محلل نفسي ،فالكبت هو العملية التي يعمل من خلالها الفرد على إبعاد الخبرات التي تشعر الفرد بالقلق والتهديد من الشعور الى اللاشعور (غيث، 2006،الجسماني،1994) .

واستخدام فرويد طريقة التحليل النفسي يعني تحليل خبرات الفرد في محاولة للتعرف على الخبرات والدوافع والصراعات المكبوتة والتي يفترض فرويد أنها السبب الأساسي للاضطراب النفسي ،والأسلوب الأساسي الذي استخدمه فرويد في التحليل النفسي هو التداعي الحر ، وهو يعني ترك المريض يعبر عن كل ما يجول في خاطره من أفكار بعد أن يسترخي على اريكه في جو هادى ، كما استخدام أيضا أساليب أخرى مثل تحليل الأحلام ، وزلات اللسان فالأحلام كثيرا ما تعبر عن رغبات الفرد و صراعاته الداخلية، وزلات اللسان قد تعبر عن الرغبة الحقيقية عند الفرد (الزق، 2006).

مثال دفع شعوري ودفع غير شعوري صبيه تخاف الماء، صبيه كانت تخاف الماء الجاري لدراجة أنها كانت تحتاج إلى عون أهلها لتستطيع الاستحمام ، وقد بلغ هذا الخوف مبلغا كبيرا - وهي الصبية الكبيرة - تخاف معه صوت الماء الجاري في الحنفية. وبقيت على هذا الحال حتى جاوزت ربيعها العشرين ، وزارتها عمه لها كانت قد انقطعت عن زيارتها ثلاثة عشرة سنه ، وكان أول ما قالته العمة للصبية حين رأتها بعد هذا الفراق (اني لم اخبر احدا)، فذكر هذا القول الصبية بحادثه كانت قد جرت لها بين كانت في السابعة من عمرها ، بينما كانت في صحبة عمتها هذه لقد وعدت - آنذاك - أمها الا تقترب من النهر لكنها لم تف بوعدها وسقطت بالنهر الذي ساقها تحت شلال صغير كان يتدفق فوق رأسها، فدفعها هذا إلى الصراخ تعبيرا عن خوفها الشديد فأدركتها عمتها التي عصرت لها ثيابها وجففتها ووعدتها بأن تخفي الأمر عن أمها.

وكان من جراء خوفها المكبوت أن باتت تخاف الماء خوفا مرضيا، ثم كان من نتيجة مقابلتها عمتها وتذكيرها سبب خوفها أن أخذت تتخلص تدريجيا من الخوف المرضي (كيال، 1993).

ثانيا: مكونات الشخصية وبنائها:

ينشأ كل إنسان خلال تفاعل القوى الوراثية والبيئة التي تختلف أهميتها النسبية من شخص لآخر، فيوجد لدى الفرد طاقات خاصة موروثة ويتوقف نمو الفرد على مدى تحقيقها، (أي تحقيق هذه الطاقات الكامنة الموروثة تعتبر وظيفة للبيئة التي يتطور فيها الفرد) (المليجي، 2000).

يرى فرويد أن الشخصية تتكون من ثلاث أجزاء هي الهو والأنا والأنا الأعلى.

❖ **الهو Id :**

هذا هو الجزء الوحيد من الشخصية الذي يكون موجود لدى الفرد منذ الولادة، ويشير إلى الرغبات والغرائز الفطرية عند الفرد والتي تحتاج إلى إشباع، وهذا الجزء يمثل خزان الطاقة النفسية الذي تزود الفرد بالطاقة، والتي يسميها فرويد مبدأ اللذة، فهو يحث الفرد بشكل دائم للقيام بما يشبع اللذة، ويعني مبدأ اللذة الحث عن ما يؤدي إلى خفض التوتر، وهذا الجزء (الهو) يقع ضمن مكونات اللاشعور (الزق، 2006).

❖ **الأنا Ego :**

يبدأ بالتشكيل أثناء تفاعل الطفل مع البيئة خلال السنة الأولى والثانية من عمره، فيشير إلى الجانب العقلاني من الشخصية، وهو الجزء التنفيذي من الشخصية الذي يسعى إلى إشباع رغبات الهو بما يناسب الواقع والمحيط والإمكانات

المتاحة، ويعمل معه مبدأ الواقع، حيث يعني إشباع دوافع الهو بطريقة منطقية، ويحدث ذلك من خلال تأجيل الإشباع إلى الوقت المناسب وبطريقة مقبولة اجتماعيا، (بطرس، 2007)، وتتعرض بذلك لعوامل ثلاثة، كل منها في غاية القوة، وهي عالم الواقع بقوانينه ومعاييره، والحاح النزعات الغريزية، والانا الأعلى (المليجي، 2000).

❖الانا الأعلى Super Ego:

يمثل القيم والمثل والمعايير الأخلاقية للوالدين والمجتمع والضمير الذي تم تذويتها أثناء التنشئة الاجتماعية للطفل، ويعمل وفق مبدأ الأخلاق، إذا أنه يعاقب الأنا على الأفكار والأفعال السيئة، ويتطور الأنا الأعلى خلال سنوات الطفولة المبكرة.

ومن خلال عملية تدريب الطفل على الصواب والخطأ يتطور الأنا الأعلى ويصبح قادرا على أن يضبط الفرد ذاتيا دون رقابة خارجية. **والأنا الأعلى يقسم إلى قسمين هما الضمير والأنا المثالية.**

❖**الضمير:** يتكون من مفاهيم أو تصور الفرد لما هو خطأ ولا يجب عليه فعله.

❖**الأنا المثالية:** يتكون عن تصور الفرد لما هو صحيح ومناسب.

❖**الأنا الأعلى:** لا شعوري إلى حد كبير، ويكافح من أجل الكمال، وهو ضروري من أجل تطور الشخصية المتزنة، فالأنا ضعيف عند الطفل وكثيرا ما يعجز عن ثني الهو في الشروع في إشباع رغباته، ولكن الأنا الأعلى قاس في حثه للفرد على الكمال (الزق، 2006).

مراحل النمو الجنسي:

إن نظرية فرويد في الشخصية بيولوجية في أساسها، فهو يرى أن الفرد يبدأ كوحدة بيولوجية وينمو الجانب الإنساني فيه من خلال عملية التطبيع الاجتماعي، والشخصية هي أسلوب الفرد للتكيف، ويتأثر أسلوب الفرد في التكيف بعوامل سيكولوجية وفسيولوجية. (العناني، 2005)

ويؤكد فرويد على أهمية الدوافع الجنسية عند الإنسان، ويرى أن هذه الدوافع هي المصدر الأساسي للطاقة، ورأى أن الدوافع الجنسية وإشباعها هي العامل الأساسي في نمو وتطور شخصية الطفل، ورأى أن عملية مص الإصبع والإخراج تتضمن مشاعر جنسية، ويرى فرويد أن الإنسان يمر بخمسة مراحل تتركز الطاقة الجنسية في كل مرحلة في عضو ما من أعضاء الجسم، **(مراحل على أساس اللبيدو)، وهذه المراحل هي :**

1- المرحلة الفمية:

يمر بها الطفل في السنة والنصف الأولى من حياته والتي يتعرف خلالها على أغلب خبراته الحياتية من خلال الفم، حيث يرى أن الصورة للإشباع تكون عن طريق المص والبلع والعض، فهو يرى أن المص والعض لا تزوده بالغذاء فقط بل تزوده بالإشباع النفسي الجنسي (مبدأ اللذة).

ويعتقد فرويد أن الطفل يواجه صراع خلال كل مرحلة من مراحل النمو الجنسي، والصراع يكون حول مدى الإشباع الفموي، فالفطام المبكر قد يؤدي للإحباط (الزق، 2006).

والواضح بأن النشاط الفمي للرضع خلال هذه المرحلة يقع ضمن فئتين:

1- السلوك الفمي الإسهامي: ويشير إلى الإثارة الحسية الممتعة للفم، وذلك لتركز طاقة الليبيدو في الفم.

2- السلوك الفمي العدواني: ويشير إلى مرحلة بروز الأسنان حيث يكون القضم أهم نشاط فمي يقوم به الطفل.

أي إخلال أو إحباط في إشباع الحاجات والدوافع خلال المرحلة الفمية، قد يؤثر على المرحلة النمائية من خلال ظهور التثبيت الفمي.

أما أهم أنماط السلوك غير السوي المرتبطة بهذه المرحلة (الفمية): الأكل الزائد، الكلام الكثير، الطمع، الخوف من الاتصال مع الآخرين، رفض العاطفة

والحنان، تدني مستوى الثقة في النفس، الانعـزال والانسـحاب الاجتمـاعي (ضمرة، 2008).

2- المرحلة الشرجية:

يمـر بـها الطفـل في عمـر سـنة ونصـف إلى ثـلاث سـنوات، حيـث ترتبـط الإشباعات الجنسية له خلال التحكم بعضلات الأمعاء فنشاطات الإخراج، في هذه المرحلة يبدأ الطفل بالتدريب على مهارات استخدام الحمام، والقسوة على الطفـل في التدريب قد تؤدي إلى تطور شخصية شرجية والتي تمتاز بالميل الشديد إلى النظام والدقة أو تمتاز باللامبالاة أو العناد، وفي هذه المرحلة يبدأ مبـدأ الواقـع في تعديـل مبدأ اللـذة، (المليجي، 2001)، والواضـح بـأن جميـع الاضطرابـات النفسـية ذات الطابع الوسواسي القهري قد ترجع الى التثبيت الذي ظـهر بسـبب احبـاط إشـباع حاجات الطفل خلال المرحلة الشرجية من العمر(ضمرة، 2008).

3- المرحلة القضيبية:

ويمر بها الطفل في العمر ما بين ثلاث سـنوات وسـتة سـنوات، وهـي أهـم مراحل التطور النفسي الجنسي، وهنا تصبح منطقة اللذة عند كل من الذكر والأنثى في الأعضاء التناسلية. (الزق، 2006)

وأحد المظاهر البارزة لهذه المرحلة هي (عقدة أوديب) ويسمي فرويد العقـدة بهذا الاسم نسبة إلى أوديب الذي قتل والده وتزوج أمه دون أن يعلم بحقيقة الصلة بينهما. ويحدث هنا إزاحة من النرجسية إلى إشباع الأشياء الوهمية، ويصبح الأولاد متعلقين بأمهاتهم وينظرون لأبائهم كمنافسين لهم، ويقابل هذا الموقف عند الفتاة ما يسمى عقدة (الكترا) ولكن الرغبات الأوديبية تكبت، ويرى فرويد أن الطفل يحـل هذه العقدة من خلال كبـت هـذه المشـاعر والتوحـد مـع الأب بمعنـى أن الطفـل الذكر يتوحد مـع الأب، والأنثـى تتوحـد مـع الأم، (لازاروس، 1984)، حيـث ينتقل موضوع الحب من الأم لحب الوالد، وهنـا تطـور الفتـاة مشـاعر سـلبية نحـو والدتها على اعتبار أنها منافسة لحب الوالـد، وتعتقـد الطفلـة بـأن الأم هـي الـتي

أزالت أعضائها الجنسية بسبب اكتشافها لمشاعر الحب والانجذاب نحو الوالد برغبة منها للانتقام (ضمرة، 2008).

4- مرحلة الكمون:

تكون ما بين السادسة وفي مطلع المراهقة (حوالي الثانية عشر من العمر)، هنا تكون المشاعر الجنسية كامنة بينما يستمر النمو العقلي الاجتماعي والأخلاقي، حيث يظهر عدم اهتمام بالجنس الآخر، الأنثى تلعب مع الأنثى والذكر مع الذكر، وتختلف هذه المرحلة عن المراحل الجنسية السابقة من خلال انتقال التركيز من الذات وإشباع الحاجات والدوافع إلى التركيز على العالم الخارجي للطفل.

5- المرحلة الجنسية:

هنا تعود الدوافع الجنسية ويشعر الفرد بالرغبة في الإشباع الجنسي، حيث الحوافز البيبدية الفمية والشرجية والقضيبية تتولد من جديد (المليجي، 2000).

وقد يحدث خلال النمو أن الفرد لا يحصل على الإشباع الكافي واللذة اللازمة، فتحدث له عملية (تثبيت) نفسي عند تلك المرحلة، إلى أن الفرد يتقدم في العمر وينمو زمنيا إلا أنه من ناحية نفسية يبقى عند مرحلة نمائية دون الانتقال إلى المرحلة التالية، كما يحدث أيضا (نكوص) خلال نمو الفرد حيث يتراجع نفسيا إلى مرحلة سابقة بعد أن اجتازها مع ضغوطات الحياة ومواقفها الجديدة التي لا يستطيع التلاؤم معها، مما يدفعه نحو الرجوع إلى الوراء حيث كان متكيفا وسعيدا (القاسم وعبيد والزعبي، 2000).

ثالثا: ديناميات الشخصية:

يعتقد فرويد بوجود طاقة نفسية تحرك الإنسان، وتوجد لديه الدافعية للسلوك وهذه الطاقة تنشأ عن الغرائز وتحدث عن شكلين من الغرائز:

أ . غرائز الحياة: وسماها اللبيدو، ويعتبر الغريزة الجنسية أهم مظاهرها، وركز على أهمية الغريزة الجنسية في توجه السلوك، وأبرز اضطرابات الغريزة الجنسية والمشكلات الجنسية الأمراض النفسية. (يوسف، 2003)

ب. غرائز الموت: تتجه نحو تدمير الحياة، ويتم التعبير عنها بالعدوان نحو الذات أو الغير.

وتعمل معظم الدوافع الغريزية عند الإنسان على مستوى اللاشعور، واقترابها من حيز الشعور يحدث حالة من القلق يحس بها الانا فيعمل على التعامل معها إما بالإشباع المناسب للواقع أو باستخدام آليات الدفاع (غيث، 2006).

والتنشئة الاجتماعية هي العملية التي يتم من خلالها تشكيل النظام الصحي الثقافي في الفرد وبناء السجل العصبي لسلوكه الحيوي، فطابع وشكل التنشئة الاجتماعية يؤثر في بناء الشخصية ويحدث السمات الأساسية للهوية الفردية. (وطفة،2001)

نقد نظرية التحليل النفسي:

1- لقد اهتمت هذه النظرية بالمرضى والمضطربين أكثر من اهتمامها بالأسوياء والعاديين.

2- العديد من مفاهيمها لا يمكن دراسته بطريقة علمية وإخضاعه للتجريب.

3- التأكيد الكبير على دور العوامل البيولوجية والغرائز في تكوين الشخصية وإهمال دور العوامل الاجتماعية والثقافية، واعتبار الإنسان محكوم بغرائزه.

4- اهتم بالمكونات الداخلية للشخص أكثر من اهتمامه بالسلوك الظاهري.

5- أكد على أهمية الماضي والخبرات المبكرة في فهم الشخصية واعتبارها تتشكل في أولى خمس سنوات من العمر، مما يعني تجاهل لدور السنوات اللاحقة والخبرات والظروف الاجتماعية المؤثرة في الفرد. (غيث، 2006)

6- لم تقم على أساس تجريبي وبالتالي فإنه لم يتم التوصل إلى مفاهيم هذه النظرية ومبادئها بطريقة موضوعية.

7- إن العديد من افتراضاتها لا يمكن إثباتها علميا مثل الإفتراض أن العدوان غريزة عند الإنسان.

8- إنها دائما ترجع المشكلات النفسية إلى العقد الداخلية عند الفرد وتتناسى دور الأنظمة السياسية الاجتماعية. (الزق، 2006)

9- هناك خلافات في وجهات النظر بين فرويد وعلماء النفس المحدثين (العناني، 2005).

رابعا : نظريات التعلم:

النظريات التي أكدت على التعلم في بناء الشخصية وتطورها هي النظرية السلوكية والنظرية المعرفية.

1- النظرية السلوكية:

من رواد هذه النظرية جون واطسون، وسكنر، وثورندايك، وبافلوف، وهل، ودولارد وميلر، والشخصية عند السلوكية عبارة عن مجموع العادات السلوكية المتعلمة والثابتة نسبيا التي تميز الفرد عن غيره من الناس وتميز تكيفه.

ولقد اتفق سكنر وهل مع واطسن على الكثير من الآراء والمواقف، لكنهم كانوا أقل تطرفا من واطسون الذي بالغ في التركيز على دور البيئة في تشكيل السلوك للفرد، وفيما يلي **أهم الخصائص المميزة للحركة السلوكية:**

1- السلوك الملاحظ هو موضوع علم النفس وذلك لأننا نستطيع دراسته دراسة موضوعية، أما العمليات النفسية الداخلية فلا يجوز دراستها لأننا لا نستطيع وضعها بشكل موضوعي.

2- تؤكد الحركة السلوكية على أهمية استخدام المنهج التجريبي في البحث العلمي، وهي تقوم بدراسة أثر المثيرات البيئية وتوابع السلوك على السلوك وذلك لأننا نستطيع أن نلاحظ بشكل موضوعي كلا من المثيرات والسلوكيات أو الاستجابات وتوابع السلوك.

3- غالبا ما يشار إلى النظريات السلوكية بنظريات المثير والاستجابة، وذلك لأنها نظرت إلى السلوك على أنه استجابات لمثيرات يتعرض لها الكائن. مثال ذلك تعرض الطفل لمثير الألم يؤدي إلى استجابة البكاء، وتعرضه للصوت المرتفع يؤدي إلى استجابة الخوف.

4-إن السلوك الإنساني هو غالبا سلوك مكتسب أو متعلم، وهذا يعني أن كافة السلوكات التي يقوم بها بشكل اعتيادي من اغتسال ومشي وقراءة، أو السلوكيات الانفعالية مثل القلق والخوف والاكتئاب كلها سلوكيات متعلمة.

5- يحدث التعلم من خلال تكوين ارتباطات بين مثيرات واستجابات أو بين استجابات وتعزيز أو عقاب.

6- لا تهتم النظرية السلوكية بالعمليات العقلية التي تحدث بين المثير والاستجابة، فهي لا تهتم بكيفية تفسير الموقف أو المثير.

7- تنظر هذه الحركة إلى السلوك المعقد على أنه يتكون من مجموعة من الارتباطات بين مثيرات واستجابات أو بين استجابات وتعزيز، من هنا نادى أتباع هذه الحركة بتجزئة السلوك وتحليله.

والمدرسة السلوكية لها العديد من التطبيقات العملية فالأساليب السلوكية تستخدم للتخفيف من مشكلة الخوف والتقليل من الوزن، وتدريب الأطفال على استخدام التواليت (الزق، 2006).

ويمثل مفهوم العادة مركزاً أساسياً في النظرية السلوكية، فالشخصية عبارة عن عادة متداخلة منتظمة، وقد اهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التي تؤدي إلى تكوين العادات والى انحلالها أو إحلال أخرى محلها، والعادات متعلمة ومكتسبة، وليست موروثة، وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير (العناني، 2005).

كيف يحدث تكوين الشخصية؟

1- يولد الإنسان مزوداً بعدد من الاستعدادات السلوكية التي تساعده في عملية التعلم.

2- تحدث عملية التعلم نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك)، وحتى يقوى الربط بين المثير والاستجابة لا بد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز كان ذلك عاملاً في إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة (إضعاف التعلم).

3- يتعلم الفرد الدوافع الاجتماعية (دوافع الحب والتقدير) نتيجة لعمليات التعلم، وهذه الدوافع ذات أهمية كبيرة إذ تؤدي إلى وظائف كثيرة، وتساعده في تحقيق السواء النفسي(العناني، 2005).

تركز النظرية السلوكية على مجموعة فرضيات تكون الأساس النظري لها، وهذه الفرضيات هي:

1- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، سواء كان السلوك سوي أو شاذ (مضطرب).

2-السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.

3-السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدوثه ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب.

4- جملة الأعراض النفسية تعتبر تجمعاً لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

5- السلوك المتعلم يمكن تعديله.

6- يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية، وعن طريقة التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية واجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلمها غير سوى يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها، ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً. (القاسم، وعبيد، والزعبي، 2000)

الصراع والعمليات اللاشعورية: اهتم دولارد وميلر بالعمليات اللاشعورية والصراع، حيث يمكن تجنب الفرد الذكريات المؤلمة، ولكنها تظهر في شكل صراع

واضطرابات، وتأتي العمليات اللاشعورية في النظرية السلوكية متفقة في ذلك مع نظرية التحليل النفسي ولكن يوجد اختلاف بين النظريتين:

أ. اللاشعور في النظرية التحليلية:

يأتي بسبب خبرات الفرد ويكبت في اللاشعور ويسبب الأمراض العصابية.

ب. اللاشعور في النظرية السلوكية:

هو متعلم ويجد الفرد أنه يخفض من توتره وخوفه (شعبان وتيم، 1999).

نقد النظرية السلوكية:

1- بسطت هذه النظرية السلوك الإنساني والشخصية بحيث حولتها من أمور معقدة إلى مجموعة من الاستجابات البسيطة التي تتكون نتيجة الربط بين المثير والاستجابة.

2- توصلت هذه النظرية إلى أفكارها من خلال التجريب العلمي في المختبر على الحيوانات مثلما فعل سكنر وثورندايك، ووجد هذا اعتراضاً من جانب العديد، إذ أن التعميم على البشر كان من خلال دراسة الحيوانات.

3- إنها تتجاهل العمليات الوراثية وترى أن كل مظاهر السلوك والشخصية تكتسب بعد الولادة.

4- تجاهلت دور العمليات العقلية المعرفية والدوافع والانفعالات لأنها أشياء داخلية غير قابلة للملاحظة المباشرة.

5- تتجاهل أعماق الإنسان وحياته الداخلية ولا تعطي أي دور للذات أو للإحساس بالذات. (غيث، 2006)

فيما يلي مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظرتهما إلى الاضطرابات السلوكية.

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
1. يرتكز على أسس نظرية علمية قابلة للتجريب.	1. يرتكز على أسس نظرية لم تثبت علمياً وطبقت سريرياً دون وضعها تحت الدراسة المكثفة.
2. تعبر الأعراض المرضية العصابية عبارة عن أفعال منعكسة شرطية اكتسبت بصورة فرضية وفي ظروف خاصة.	2. تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية عميقة تشير إلى الكبت.
3. تعتمد الأعراض على درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسيولوجية في جهازه العصبي (السمبثاوي والباراسمبثاوي) وتكوينه للطفل المنعكس الشرطي.	3. تعتمد الأعراض العصابية على اختلاف الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية أي الحيل الدفاعية التي يكمن خلفها مكبوتات لا شعورية تظهر بشكل أعراض عصابية.
4. الشفاء يتم بمعالجة الأعراض فقط، أو إطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية وبعلاج الأعراض يشفى المريض.	4. الشفاء يتم بمعرفة ديناميكية اللاشعور وليس بعلاج الأعراض، وعلاج الأعراض لا يؤدي إلى شفاء المريض.
5. تفسير الأعراض والأحلام والرموز لا أهمية له.	5. تفسير الأعراض والأحلام والرموز من أهم وسائل العلاج.
6. العلاقة بين المريض المعالج مقيدة لكنها غير أساسية.	6. العلاقة بين المريض والمعالج وعملية التجاوب الوجداني ضرورية لنمو العلاج.
7. المعالج لديه قدرة على ضبط خطة العلاج والتحكم بها وتعديلها تبعاً لخطوات العلاج والشفاء.	7- المعالج ينتظر استجابة المريض وأفكاره وذكرياته حتى يتم الشفاء.
8. يحكم المعالج عدد مرات تعريض المريض للمثيرات المطلوبة وتكرارها حسب الحالة للمريض وبإمكان المعالج تقوية وتعزيز وتكرار المثير المفيد وحذف المثيرات الضارة.	8. لا يتحكم المعالج إلا في الجلسات العلاجية التي يمارسها مع المريض.

الاتجاه السلوكي	الاتجاه التحليلي
	9. يعتمد على خبرات المعالج الذاتية وعلى تأويلاته الشخصية وخبراته لـذا فهو منهج ذاتي غير موضوعي.
10. تصل نسبة الشفاء أحياناً إلى (90٪) تقريباً	10. ليس له هذه الفاعلية القوية في الشفاء.
11. لا يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة وجهد.	11. قد يستمر العلاج لعدة سنوات ويحتاج المريض إلى عدة جلسات وإلى نفقات مادية باهظة.
12. بدأ هذا الاتجاه من النظريات والمبادئ وانتهى إلى التجريب.	12. بدأ هذا الاتجاه من التجريب انتهى إلى وضع مبادئ ونظريات.
13. ما زال هذا الاتجاه في الإعداد والتكوين والنمو.	13. العلاج التحليلي قديم ومناهجه مستقرة ومعروفة وكذلك طرقه، وأساليبه.

(القاسم وآخرون، 2000)

2- النظرية المعرفية:

أكدت النظرية المعرفية على أهمية الإدراك والاستبصار في التعلم، ومن أعلام هذه النظرية كوفكا، ليفين، باندروا، كوهلر.

ويؤكد أنصار هذا الاتجاه المعرفي على أهمية العوامل المعرفية في تحديد السلوك الإنساني وتشكيل شخصيته، فهم ينظرون للإنسان على أساس إنه كائن عقلاني، مفكر، معالج للمعرفة وليس مجرد شخص يقدم ردود فعل لما يدور حوله، أن يفكر ويفسر الإحداث ويدركها بطريقة واقعية أو غير واقعية، والدليل على ذلك قد يتعرضا للحدث نفسه إلا أن ردود فعلهما تجاه الموقف تختلف وتتناقص، فالأمر مرهون بطريقة تفسيرهما للحدث، وهذا يعتمد على معرفتهم السابقة التي طوروها خلال تفاعلهم بالبيئة وخبراتهم السابقة (غيث، 2006).

وتعد نظرية المجال (ليفين) من أشهر النظريات المعرفية التي تناولت الشخصية.

❖ **نظرية المجال:يرى ليفين إن بإمكاننا ان نعرف الشخصية بطريقتين:**

الطريقة الاولى:

التعريف بالكلمات (القاموسي) وهذا يتعرض لمسالة الصياغة التي قد لا تكون دقيقة أو يزيد احتمالاً الغموض بها (الفرد).

الطريقة الثانية:

الطوبولوجيا حيث تشير إلى الأشكال الهندسية لوصف العلاقات المكانية بطريقة لا كمية (البيئة النفسية).

وأطلق مصطلح حيز الحياة أو المجال الحيوي على الفرد وبيئته النفسية، ويحدث السلوك نتاجاً للتفاعل بينهما. (غيث، 2006)

وضع ليفين في الاعتبار لدى عرضه المجال الحيوي، كل ما هو معاصر وآني، وهذا لا يعني أن أصحاب نظرية المجال ليسوا مهتمين بالمشكلات السابقة والتاريخية في حياة الإنسان أو تأثير خبرته السابقة، فقد أشار ليفين إلى أن المجالين توسعوا في اعتبار مدى المعاصرة في تجاربهم النفسية لتشمل مواقف تتضمن أحداثاً سابقة تمتد إلى ساعات وأسابيع، وإن الحدود بين الفرد والبيئة السيكولوجية وبين المجال الحيوي والعالم الطبيعي ليست حدوداً فاصلة تماماً بل إنها تسمح بالتأثيرات المتبادلة. وقد رفض ليفين فكرة السمات الثابتة المشتركة، ذلك أن الحقيقة النفسية تتغير بفعل القوى المتفاعلة، وهذا يجعل التنبؤ بالسلوك أمراً صعباً (العناني، 2005).

نمو الشخصية: تناول ليفين بعض التغيرات السلوكية التي تحدث خلال النمو، ويقول أن هذه التغيرات تنتج عن تنوع في نشاطات الفرد وحاجاته ومعلوماته وعلاقاته التي تتزايد مع نموه، ومع النمو يزداد تنظيم نشاطات الفرد ويصبح السلوك أكثر تكاملاً وتنظيماً، ويزداد التمييز بين ما هو حقيقة وما هو خيال، ويرى أن النمو عملية مستمرة تصعب تمييزها إلى مراحل منفصلة، ولكن

ليفين أشار أيضاً إلى أن النكوص قد يحدث في النمو، وأن الإحباط هو أحد العوامل المهمة التي تؤدي إلى النكوص والارتداد.

نقد نظرية المجال:

1- عدم إمكانية التنبؤ بالسلوك.

2- بعض مفاهيمها لم تكن واضحة وسهلة الفهم.

3- إهمال التاريخ الماضي للفرد على أساس أن السلوك يعتمد على الحاضر أكثر من اعتماده على الماضي أو المستقبل (الجسماني، 1994).

❖ **نظرية الذات: صاحب هذه النظرية كارل روجرز، ومن اهم مفاهيمها:**

أ **الذات:** هي كينونة الفرد، وتتكون نتيجة للخبرة والتفاعل الاجتماعي.

ب **مفهوم الذات:** إنه تكوين معرفي منظم متعلم للمدركات الشعورية والتصورات الخاصة بالذات يبلوره الفرد ويعده تعريفاً لنفسه، **ويتكون مفهوم الذات مما يلي:**

1- مفهوم الذات المدرك:

ويشمل الأفكار والتصورات التي يعيها الفرد ويعبر عنها أمام الآخرين.

2- مفهوم الذات الاجتماعي:

ويشمل الأفكار والمدركات والتصورات التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يعتقدونها عنه، والتي يصل إليها الفرد عبر تفاعلاته مع الآخرين.

3- مفهوم الذات المثالي:

ويشمل الأفكار والتصورات والمدركات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون عليه (شعبان وتيم، 1999).

جـ **الخبرة:** يتكون مفهوم الذات كما تبين سابقاً من خلال التفاعل الاجتماعي والخبرة، فالطفل يكون مفهومه عن ذاته وما ينبغي أن تكون عليه عن طريق المحيطين به وخاصة الوالدين، فقد يكون مفهوماً سلبياً عن ذاته إذا لم يتفق

مفهوم الذات المدرك لديه مع مفهوم الذات الاجتماعي والمثالي.

د الفرد: يمتلك الفرد القدرة على تقييم خبرته وسلوكه، ويتميز بوجود دافع أساسي لتأكيد ذاته وتحقيقها،ويتفاعل مع الآخرين في إطار ميلـه لتحقيـق ذاتـه، ولديـه حاجة لتحقيق الحب والاحترام والتقبل، وتحدد حاجات الفرد كما يدركـها مـن سلوكه.

هـ السلوك: هو نشاط موجه من الفرد نحو هدف معين لإشباع حاجاته كما يخبرهـا في المجال الظاهري.

و المجال الظاهري: هو المجال الشعوري كما يدركه الفـرد وكمـا يخـبره، وهـو عـالم الخبرة المتغير باستمرار.

وقد حدثت تطورات في نظرية الذات أهمها أن للفرد ذاتاً عميقة ومكبوتة لا يمكن التوصل إليها إلا عن طريق العلاج النفسي. (العناني، 2005)

نقد نظرية الذات:

1- تستطيع النظريات فقط معالجة مشكلات النـاس ذوي الاضطرابـات المتوسـطة الدرجة.

2- يستحيل اختبار هذه النظرية بدقة.

3- إن التقارير الذاتية التي يكون فيها الناس عن أنفسهم غالباً ما تكون غير دقيقة.

4- اهتمت النظرية بالسلوك الظاهري للفرد وتجـاهلت الجـانب اللاشـعوري (شـعبان وتيم، 1999).

5- يرى روجرز أن الفرد وحده له الحق في تقرير مصـيره وتحقيـق أهدافـه، ولكنـه نسي أن الفرد ليس له الحق في السلوك الخاطئ. (غيث، 2006)

طرق التعرف على الشخصية:

يمكننا التعرف على الشخصية باستخدام طريقين أساسيين هما:

الأولى: هي الدراسة الـتي يكـون الموضـوع فيـها شـخصاً معينـاً بـالذات، وهـدف

الدراسة هو الوصول إلى معارف عن شخص ما لتوظيف أغراض العلاج أو اختيار مهنة أو عمل ما.

الثانية: هي الدراسات العلمية الشخصية، وهدفها الوصول إلى معارف عملية حول الشخصية، توظف في وضعها وتحليلها وتقبل تكونها وما يصدر عنها ليكون ذلك أساساً في التعميم العلمي المتصل بها وتوظف في تشخيص الأفراد وعلاجهم.

أما المعارف عن شخصية الفرد فتأتي من المصادر التالية وهي:

1- المقابلة: وهي أشهر الأساليب لتقدير الشخصية التي تستخدم في الوقت الحالي، واعتمد علماء النفس في العيادات أو المجالات التربوية والمهنية بدرجة كبيرة على المقابلة لجمع بيانات عن الشخصية.

2- التقرير الكلامي للشخص نفسه: ويضم ما يقوله الفرد عن نفسه في ظروف الحياة المختلفة، وما يذكره عن نفسه في إجابات الأسئلة المطروحة عليه، خاصة في مجال الدراسة العلمية التي يكون موضوعاً لها.

3- الملاحظة: ملاحظة سلوك الشخص في مناسبات متنوعة، أيضاً يلاحظ المعالج كيفية تعبيرات الوجه والحركات والكلام، وردود الأفعال الأخرى للمتعالج للحصول على الاستبصارات لتحقيق فهم مباشر للشخصية، وتساعد الملاحظات المضبوطة الباحثين في جمع بيانات دقيقة عن موضوع الشخصية.

4- تحليل الشخصية: وذلك عن طريق الغوص في غور المريض واستكشاف اللاشعور، ويكون ذلك باستخدام أساليب عديدة مثل تحليل الأحلام، زلات اللسان، والتنويم المغناطيسي، والإيحاء، والتداعي الحر.

5- دراسة الحالة: تشمل تاريخ الفرد وحاضرة وأسباب المشكلة الحالية وما يقوله الآخرون عن المريض ووضع خطة للعلاج. (العناني، 2005، شعبان وتيم، 1999)

6- اختبارات الشخصية ومقاييسها: لقد استخدم علماء النفس الاختبارات ومنها اختبارات اسقاطية واختبارات موضوعية، وهذه الاختبارات هي:-

1. اختبارات اسقاطية:

حيث يعتقد فرويد أن الناس جميعاً يستطيعون دائماً إسقاط الادراكات والانفعالات والأفكار على العالم الخارجي دون وعي منهم بذلك، وقد وضعت الاختبارات الاسقاطية بحيث تفتح عالم المشاعر والدوافع اللاشعورية، وهي تطلب من المفحوص أن يستجيب إلى مثير محدد وغامض نسبياً، فمثلاً ربما يطلب من المفحوص أن يشرح بقع الحبر، أو يختلق قصة أو صورة أو يكمل جملاً أو قصصاً ناقصة، **ومن هذه الاختبارات الاسقاطية ما يلي:**

أ- اختبار رسم الرجل لجود إنف.

ب- اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test(TAT)

هو اختبار إسقاطي يعبر من خلاله الفرد عن مشاعره ورغباته الداخلية خلال قصص يقوم بسردها حول شكل غامض يعرض عليه (الزق، 2006).

هذا الاختبار من الأدوات الإكلينيكية الهامة في تشخيص الشخصية، وهو مكون من ثلاثين لوحة بها أشكال أكثر تحديداً من بقع الحبر، ويطلب من المفحوص كتابة قصة من عدة سطور تعبر عما تعنيه الصورة المقدمة إليه، بعض اللوحات خاصة بالبنات الصغيرات وأخرى خاصة بالأولاد، واللوحات الأخرى إما للنساء أو للرجال أو كليهما معاً، واختبار تفهم الموضوع من الاختبارات الاسقاطية الناجحة، ولكن لكي تثمر نتائج هذه الاختبارات يتحتم إجراءها بواسطة سيكولوجي مدرب ومعد لذلك إعداداً كاملاً، ويكون على دراسة واسعة وبصيرة بأعماق النفس البشرية والسيكولوجية والديناميكية لسلوك الإنسان (المليجي، 2000).

ج- اختبار الرورشاخ Rorschach Inkbl't Test هو عبارة عن بقع من الحبر يطلب من المفحوص أن يذكر بالضبط ما يرى فيعرف الفاحص شخصية المفحوص. وهو اختبار إسقاطي يتكون من (10) أوراق على كل منها بقع حبر، والاختبار يهدف إلى التعرف على المشاعر والصراعات الداخلية، فإذا

رأى المفحوص في هذه الصورالسبع صور لحيوانات مفترسة أو أسلحة ربما يستنتج أن المفحوص لديه ميول عدوانية (الزق، 2006).

2 - الاختبارات الموضوعية:

هي الوسائل التي وضعت على أنها موضوعية يمكن تصحيحها بنفس الطريقة وفي أي مكان بغض النظر عن الشخص الذي يطبق الاختبار أو يحلل نتائجه، أي هذه الاختبارات لا تتأثر بتحيز الفاحص ومنها:

أ. اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)،(MMPI)

من أكثر الاختبارات التي تم دراستها وتطبيقها، تم تطويره لتشخيص حالات الاضطراب النفسي، ولذ فإن الاختبار يستخدم لأغراض إكلينيكية في العيادات النفسية، ولقد صممت مقاييس مينسوتا أساساً لقياس مدى التشابه بين هؤلاء الذين يجيبون على الاختبار وبعض فئات شخصية معينة بالمستشفيات العقلية.

وهو يتكون من (566) فقرة صواب أو خطأ، وله عدة مقاييس وضعت لتخصص(10) أبعاد من الشخصية.

وتم وضع فقراته بطريقة تجريبية، أي من خلال وضع قائمة كبيرة من الفقرات ثم اختيار الفقرات التي تميز بين الإفراد الذين يعانون من مشكلة ما والأفراد العاديين (الزق، 2006).

ويشمل هذا الاختبار مجموعة من المقاييس لعدة انحرافات عقلية ونفسية:

1- **توهم المرض:** أي اهتمام الفرد المفرط المتواصل بحالته الجسمية أو صحته الانفعالية ويصاحب ذلك شكوى الفرد من آلام جسمية متعددة، دون وجود دليل عضوي واضح.

2-**الاكتئاب** (سيتم توضيحه بالتفصيل في الفصل الثامن).

3-**الهستريا:** مرض نفسي ينتج عن صراع انفعالي، ويتميز عادة بنقص النضج، والاندفاع، وجذب الانتباه، والاعتماد على الغير، واستخدام الحيل الدفاعية

الخاصة بالتحويل والتفكك. ومن الناحية الكلاسيكية يتضح بأعراض جسمية مؤثرة تشمل العضلات الإرادية (مثل الشلل الهستيري) أو أعضاء حواس معينة (مثل العمى الهستيري).

4- **الوسواس (سيتم توضيحه بالتفصيل في الفصل الثامن).**

5- **الذكورة.**

6- **الانحراف السيكوباتي:** الشخصية السيكوباتية يسيطر عليها سلوك لا أخلاقي مضاد للمجتمع، ويتميز بالاندفاع المتأثر بنزوات الفرد الذي لا يراعي المسؤولية في أفعاله التي تشبع اهتمامه المباشر والنرجسية دون اعتبار النتائج الاجتماعية الواضحة والمتضمنة التي يصاحبها دليل خارجي ضئيل على القلق أو الذنب.

7- **الفصام (الشيزوفرينيا):** اضطراب انفعالي عنيف يتميز بتقهقر ملحوظ عن الواقع، مصحوباً بتكوين هذاء، هلوسات، وعدم توافق وجداني، وسلوك نكوصي، وكان يطلق عليه خبل أو جنون المراهقة، أن لفظ (الفصامي) فهو صفة لبعض السمات مثل الخجل، والتأمل الباطني، والانطواء.

8- **البارانويا:** اضطراب عقلي نادر، يتطور تدريجياً حتى يصير مزمناً، ويتميز بنظام معقد يبدو داخلياً منطقياً، ويتضمن هذاءات الاضطهاد أو العظمة، وهذا النظام قائم بذاته، لا يتدخل في بقية الشخصية التي تظل ظاهرياً متماسكة.

9- **الهوس:** أما نشاط الهوس العنيف فهو ردود أفعال جنونية دورية، وهي مجموعة من الاضطرابات العقلية تتميز بذبذبات واضحة في المزاج وتتدرج من مزاج عادي إلى انقباض أو تبادل بينهما، وهو يشير إلى ميل للغفران والصفح ثم المعاودة مرة أخرى، ويعبر هذا السلوك عن مرض عقلي.

10- **الانطواء الاجتماعي:** وهذا الاختبار يقيس ما وضع لأجله.

ب- اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال الذكور.

جـ- اختبار روجرز لدراسة شخصية الإناث.

د- استفتاء كاليفورنيا (CPI) وقد أخذت اسئلته من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه (MMPI). (العناني، 2005)

ويقيس الاختبار أيضاً مجموعة أخرى من السمات والميول مثل الذكورة والأنوثة والانطواء الاجتماعي ويستخدم كاختبار فردي أو جماعي وتسجل النتائج في بيان نفسي خاص. (المليجي، 2000).

سمات الشخصية السوية:

للشخصية السوية سمات كثيرة، وليس بالضرورة أن تتصف الشخصية السوية بكل هذه السمات في آن واحد وفي جميع الظروف التي يعيشها الفرد ولكن وجود هذه السمات بدرجة كافية حتى يمكن وصف الفرد المتسم بها بالسواء والصحة النفسية، ويمكن إيجاز سمات الشخصية السوية في الآتي:

أولاً: تقبل الفرد لذاته، ويقصد بها أن يتقبل الفرد لذاته بضعفها وقوتها، وأن يشعر بالرضا عن الحياة التي يعيشها في الحاضر، وأن يخطط للمستقبل بما يتفق وما هو عليه حقيقة، ولكي يحقق الفرد هذه السمة لنفسه يجب عليه أن يفعل الآتي:

1- أن يلائم بين ما هو عليه وبين ما يتمنى أن يكون عليه، ويكون ذلك بألا يتمنى لنفسه أشياء لا تسمح له قدرته بتحقيقها.

2- أن يربط قيمة في الحياة بأهداف.

3- أن يشترك في وضع الخطط التعليمية لنفسه فهذا يزيد من ثقته.

4- أن يكتسب صداقة الآخرين ويعمل على تنميتها.

5- أن يعبر عن مشاعره تجاه الآخرين ويتعلم كيفية تقبل مشاعرهم تجاهه.

ثانياً: تقبل الآخرين للذات وتفهمهم وحبهم لها: ذلك أن يقبل الآخرين للفرد ويشبع حاجة الانتماء لديه مما يزيد من ثقته بنفسه وتقبلها له.

ثالثاً: تقبل الذات للآخرين: لكي يكسب الفرد تقبل الآخرين له، يجب أن يقبلهم هو أيضاً، ويعلم أن هذا التقبل ضروري لسعادتهم وسعادته، ولازم لتحقيق

الديمقراطية التي تقوم على مبادئ المساواة والتعاون والتفاهم والبذل والعطاء والاحترام.

رابعاً: الشعور بالاستقلال: أي إن على الفرد تحمل مسؤولية عمله حتى يصبح مستقلاً.

خامساً: اختيار حياة العمل والاستعداد لها ودخولها، أي أن يتخذ القرار المهني المناسب لقدراته وميوله.

سادساً: الشعور بالكفاية لمواجهة مواقف الحياة، أي التمتع بصحة جيدة وخبرات وأساليب اجتماعية.

سابعاً: التحرر من الشعور بالذنب، لأنه يقلل من الثقة بالنفس فيجب التحرر منه.

ثامناً: القدرة على مواجهة الواقع، ويتحقق عن طريق حل المشكلات بشكل موضوعي.

تاسعاً: اكتساب مفاهيم واتجاهات مرغوبة، من المفاهيم والاتجاهات المقبولة آراء الآخرين، والمرونة العقلية وسعة الأفق، والموضوعية، وإدراك المسؤولية وتحملها، واستمرارية التعلم، والتعاون، واحترام الذات، والطموح، والتنظيم، الأمانة، والإقبال على الحياة والشعور بالرضا، وتقدير النجاح، وتحمل المسؤولية الاجتماعية والعمل مع الجماعة، والاستمتاع بالرياضة، وحب المناقشة، وحسن الإصغاء، وإدراك معنى الحرية، وحب الآخرين، والتضحية لأجلهم، وتوظيف وقت الفراغ في شيء مفيد. (العناني، 2005، وشعبان وتيم، 1999)

نظريات الضغط النفسي

نظريات الضغط:

أصبحت نظرية (ماير فريدمان) و (راي روزنمان) – وهما متخصصان في أمراض القلب – واحدة من أشهر نظريات الضغط والصحة على وجه العموم، فقد لاحظ (فريدمان) و(روزنمان) نمطين سلوكيين شديدي الاختلاف بين

مرضيهما. ووجود هذان العالمان أن النمط السلوكي (أ) يـؤدي علـى الأرجـح إلى الإصابة بالنوبات القلبية عنـد الأفـراد الذيـن يتمتعـون بصحـة جيـدة علـى وجـه العموم، أما الأفراد الذين يتسمون بالنمط السلوكي (ب) فإن احتمالات إصابتـهم بأمراض القلب قليلة.

التمييز بين خصائص النمطين السلوكين أ و ب.

م	النمط – أ –	النمط – ب –
-1	يتحرك بسرعة	يتحرك على مهل
-2	يأكل بسرعة	يأكل على مهل
-3	يتكلم بسرعة	يتكلم على مهل
-4	يشعر بنفاد الصبر بصورة متكررة	يتمتع بالصبر على الدوام
-5	عدوائي ويحب المنافسة في العمل	متعاون ويحب العمل الجماعي
-6	على درجة عالية من الوعي بالوقت	لا يهتم بالوقت ويتأخر أحياناً
-7	سهل الغضب أو المضايقة	لا يغضب
-8	لديه حافز قوي على الإنجاز	يشعر بالرضا عن ذاته على وجه العموم
-9	ينظر إليه على أنه قوي ومؤثر	ليس محط الأنظار
-10	لا يشعر بالراحة في فترات الفراغ	يستمتع بالهدوء والراحة في وقت فراغه
-11	كثيراً ما يحاول أداء مـهام عديـدة في وقـت واحد	يؤدي مهمة واحدة كل مرة

إن الأفراد الذين يندرجون تحت النمط – أ – يتصفون بالآتي:

1. يحققون نجاحاً مهنياً باهراً.
2. ينالون قدراً كبيراً من التقدير لجهودهم.
3. يدفعون ثمناً باهظاً من صحتهم ومشاعرهم.
4. نادراً ما يشعرون بالرضا عما حققوه.
5. إصابة هؤلاء الأفراد بأمراض الشريان التاجي تفوق معدل إصابـة أفـراد النمـط

(ب).

6. يعملون جاهدين على إزاحة الآخرين من طريقهم.
7. أفراده يعانون من سوء العلاقات الأسرية ويواجهون مشكلات في علاقاتهم الشخصية.
8. ينفرون القريبين منهم (عثمان، 2002)

النظريات والنماذج المفسرة للضغوط:

أولاً: اتجاهات دراسة الضغوط

لقد تعددت وجهات نظر العلماء والباحثين حول تعريف الضغوط كغيره من المفاهيم ، حيث اعتبره بعضهم مثيراً بينما تناوله الاخرون كاستجابة، اما الفريق الثالث فاعتبره عملية تفاعل بين الشخص والبيئة، وبهذا انقسم العلماء في مجال دراسة الضغوط الى ثلاثة اتجاهات مختلفة ومنها:

الاتجاه الأول: ينظر أصحاب هذا الاتجاه الى الضغوط كمثير فهذا الضغط يدركه الفرد على انه يمثل تهديداً له، ولهذا فهم ينظرون للضغط على وان المثيرات قد تكون داخلية وتنشأ من داخل الفرد مثل الصراعات، أو قد تنشأ من الأحداث الخارجية الموجودة في البيئة المحيطة بالفرد، مثل وفاة شخص عزيز، والبطالة، والكوارث الطبيعية، والحروب وغيرها.

الاتجاه الثاني: ينظر علماء هذا الاتجاه الى الضغوط على انها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ولهذا فهي تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث، وبالتالي الضغط يعتبر استجابة للحدث، والاستجابات متعددة الأوجه حيث تتضمن تغيرات في الوظائف المعرفية والانفعالية الفسيولوجية للجسم، وهنا هذا الاتجاه يركز على الحالة الداخلية للكائن العضوي، لذلك يشار للضغط على أنه ردود الفعل الانفعالية والفسيولوجية التي تنجم عن التعرض للأحداث، وركزت الدراسات على ردود الفعل الانفعالية نحو الضغط على المشاعر السلبية مثل القلق والغضب والحزن وغيرها.

واستند هذا الاتجاه الى الأسس التي وضعها كانون (Cannon, 1932) بخصوص الاستجابات الفسيولوجية التي تصدر عن الجسم حيال تعرضه للمثيرات المختلفة في البيئة، وعرفها بردود فعل الجسم في حالة الطوارئ، فأشار الى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة، فافترض أنه عندما يواجه الفرد تهديداً من البيئة فإن الجسم يستثار بسرعة ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي مما يؤدي الى حدوث تغيرات فسيولوجية تجعل الشخص مستعد لمواجهة التهديد أو الهروب.

فاستجابة المواجهة أو الهروب هي استجابة تكيفية ، غير أنها يمكن ان تكون ضارة للفرد لانها تزيد من مستوى ادائه الانفعالي والفسيولوجي عند تعرضه للضغط المستمر.

من الذين عرفوا الضغوطات كاستجابة العالم الفسيولوجي هانز سيلي من خلال ما أسماه بزملة أعراض التكيف العام، وهي بشكل جوهري ميكا نزم دفاعي لدى جسم الفرد لمواجهة المثيرات التي تهدد الاتزان ، ولقد ركز في دراسته للضغط على الاستجابة الفسيولوجية للضغط دون الاهتمام بالمثير او الحدث الضاغط.

الاتجاه الثالث: هو الاتجاه التفاعلي(تفاعل الفرد مع بيئته) حيث اعتبر العلماء الضغط نتاج تفاعل أو علاقة خاصة بين الشخص والبيئة، فاعتبروا الضغوط ليست بمثيرات بيئية ولا استجابة للحدث، إنما الضغط هو علاقة بين الشخص والبيئة فيحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية مصادر الفرد وامكاناته للمواجهة.

واكد أصحاب هذا الاتجاه على التفاعل بين الشخص والبيئة وعلى الدور الذي تلعبه المتغيرات الوسطية مثل خصائص الشخصية والمتغيرات المعرفية بين الحدث الضاغط والاستجابة له، وأيضاً هناك الفروق الفردية بين الأفراد في التقدير أوالتقييم المعرفي تؤثر على الاستجابة للمثيرات البيئية، وان الضغط ينشأ من التفاعل بين الشخص والبيئة ،وان المتغيرات المعرفية والدافعية لدى الفرد تحدث تفسيرات مختلفة عن الحدث الضاغط، لذا فهناك فروق في استجابة الأفراد

للضغوط، وهذا يتأثر تبعاً لاختلاف القيم والاتجاهات والمكونات المعرفية لدى الأفراد.

ثانياً: بعض النماذج المفسرة للضغوط.

في هذا الجزء نتناول بعض النماذج النظرية التي تمثل الاتجاهات السابقة الثلاثة في تفسير الضغوط:

1- نموذج الضغوط كمثير:

يؤثر هذا النموذج على أن أحداث الحياة وتغيرات البيئة الخارجية سواء كانت ايجابية او سلبية من شانها أن تشكل ضغطاً على الفرد، واشار هولمز وراهي (Holmes and Rahe, 1967) إلى أن إحداث الحياة لها تأثيرات على الأفراد، ثم شرعوا في تحديد احداث الحياة الضاغطة، وأعدوا نتيجة لذلك مقياس تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الأفراد، وافترض هذا النموذج أن استجابة الضغط تحدث عندما يمر الفرد بشيء يتطلب منه استجابة تكيفية او مواجهة ، أيضاً قد يكون الحدث الضاغط سلبياً أو إيجابياً، وأحداث الحياة تختلف تأثيراتها من حيث قدرتها على حدوث الضغط، أيضاً أعد لذلك مقياس إعادة التوافق الاجتماعي.

وينطوي هذا النموذج على أمرين أساسين: وهما أن الضواغط يمكن تصورها على انها احداث الحياة الرئيسية، وان التكيف للتغير يكون مسؤولاً عن استجابة الضغط، وأن هناك خصائص عدة للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور الأعراض النفسية.

فأحداث الحياة الضاغطة التي تكون مهددة وغير مرغوبة ولا يمكن التحكم فيها ترتبط بالمشقة النفسية. وأكدت الدراسات وجود علاقة قوية بين أحداث الحياة الضاغطة والقلق والمشقة والعدوان والبارانويا والاكتئاب وتعاطي المخدرات.

2- نموذج الضغوط كاستجابة:

يمثله هانز سيلي فيطلق على هذا النموذج أعراض التكيف العام (General Adaplation syndrome) يشار اليها بالرمز (GAS)، ويقصد بكلمة عام ان رد

الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون لـه تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم سواء الجسمية أو النفسية.

وتعني كلمة التكيف أن المثيرات الدفاعية الـتي تحـدث في الجسـم تـهدف الى مساعدة الفرد على التكيف مع مسببات الضغط، أما كلمة زملـة الأعـراض فـهي تشير الى جملة ردود الفعل (الأعراض) الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد.

وزملة أعراض التكيف العام هي ميكانزمات دفاعيـة ينشـط في مواجهـة أي حدث تهديدي في محاولة منه لخفض الاضطـراب الفسـيولوجي والنفسـي وإعـادة تحقيق الاتزان للكائن العضوي ،فالفرد لديه مصادر محـددة وعنـاصر للتكيـف مـع البيئة.

وتظهر زملة أعراض التكيف العام الى ثلاثة مراحل هي:

أ-مرحلة الانذار (Alarm): تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط، وهذا الانتباه يولد تغيرات فسيولوجية، أي يتم اثارة الجهاز العصبي وتحـدث تغـيرات فسـيولوجية للجسم، نتيجة للتعرض للحدث الضاغط،وهذه المرحلة هي مرحلـة الانزعـاج فتحدث الاثارة من خـارج الجسـم. ويتحـول بعدهـا الجسـم لمواجهـة الحـدث الضاغط.

وفي هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الحدث الضـاغط الذي يتعرض له، فتحدث تغيرات جسمية، ويكون الجسم في حالة تـأهب للدفـاع والتكيف مع الحدث الضاغط، فيكون رد الفعل هو استجابة المواجهة أو الهروب.

ب- مرحلـة المقاومـة: (Resistance) : إذا اسـتمر الحدث الضـاغط فـإن مرحلـة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة للحدث الضاغط، فيستخدم الفرد مصادره لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه، فيقـوم بمقاومـة الحـدث الضـاغط،ففـي هـذه المرحلة تختفي التغيرات الـتي حدثـت في المرحلـة السـابقة وتتـم المقاومـة ، واذا نجحت المقاومة فإن الجسم يعود الى حالته الطبيعية ،عندئذ يشعر الفرد بأنـه قـد تغلب على الضغط، ونجاح المقاومة يعتمد على قدرة الشخص علـى اسـتخدام

مصادره جيداً و التغلب على آثار المرحلة الأولى والتي يصاحبها القلـق والتوتـر غالباً، واذا استمر الضغط لـدى الفـرد لمـدة طويلـة فسيعمل الى الاسـتمرار في المقاومة وتصبح طاقة الجسم على التكيف منهلكة ومجهدة، ثم تضعـف وسـائل مقاومته، ويصبح عاجزاً على التكيف بشكل عام، فيدخل الفرد في المرحلة التالية.

ج- مرحلة الانهاك: تظهر هـذه المرحلـة بشـكل غـير متوقـع، فتكـون الطاقـة قـد استنفذت فيحدث الانهيار، ويؤدي استمرار الاستجابات الدفاعيـة الى امـراض التكيف مثل الاضطرابـات السيكوسـوماتية والاجـهاد ، وقـد يـؤدي اسـتمرار الضغط دون مواجهة الى الوفاة.

3- نموذج الضغوط كتفاعل بين الفرد والبيئة:

يرى الباحثان لازاروس وفولكمان أن أساليب المواجهة للضغوط تتحدد من تقيم الفرد للموقف ،فعندما يواجه الفرد موقف ويتم تقييمه على انه ضار او مهدد ويكون متحدياً لتوافقه فهنا ينشأ الضغط، ويركز النموذج هذا علـى دور العوامـل المعرفية في تفسير الحدث الضاغظ الذي يواجه الفرد، وتحدث الضغوط عندما تزيد المطالب البيئية عن قدرات الفرد على المواجهة.

ويرى لازاروس وفولكمان ان تفسير الحدث الضاغط يركـز علـى عمليتـين أساسيتين: هما عملية التقييـم الأولي والتقييـم الثـانوي، فـالتقييم الأولي يشـير الى عملية تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له فهل الوقت خطـير ومـهدد للفـرد ام لا، فمن خلال التقييم الأولي للحدث الضاغط يتم تفسير الحدث هل هو ايجابي ام سلبي، فالموقف السلبي والضاغط يسبب ضرراً و تهديداً وتحديـاً يتجـاوز أمكانـات الفرد ومصادر المواجهة، أيضاً علمية التقييم الأولي تتأثر بالعوامل الشخصية للفـرد مثل الاعتقادات والعوامل الموقفية، وتشمل طبيعة الموقف الضاغط.

اما علمية التقييم الثانوي: فتشير الى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، أي خيارات المواجهة المتاحة لدى الفرد والتي تكون فعالة التعامل مع الحدث الضاغط، أيضاً يتأثر التقييم الثانوي بقدرات وإمكانات الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية.

وأضاف لازاروس الى عملية التقييم الأولي والثانوي عملية ثالثة وهي إعادة التقييم ،وهي التي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط، حيث يطور من أساليبه لمواجهة الموقف وذلك طبقاً لإدراكه لمدى فعالية هذه الأساليب أو نتيجه لحصول الفرد على معلومات جديدة.

ويشير الباحثان الى ان البيئة تؤثر في الشخص والشخص بدوره يؤثر في البيئة بطريقة تبادلية، ويؤكد لازاروس وفولكمان على ان خصائص الفرد والعوامل البيئية تؤثر في عملية التقييم المعرفي للعلاقة بين الشخص والبيئة ،وهناك عوامل عدة تؤثر في عملية التقييم المعرفي للموقف أو الحدث الضاغط، ويتمثل ذلك في طبيعة الحدث ذاته وخصائص الفرد وتقييم الفرد لمصادره، وامكاناته على مواجهة الحدث الضاغط، فعملية التقييم الأولي والثانوي هي عملية متداخلة ويعتمد بعضها على بعض. وحسب نظرية لازاروس وفولكمان عن الضغط توجد ثلاثة مكونات رئيسية في الضغط وهي: الموقف أو المطالب،والتقييم المعرفي للموقف، والمصادر المدركة لدى الفرد في مواجهة المطالب، ومن المطالب: المشكلات الاقتصادية والجدال والنقاش في الأسرة، وظروف العمل، الطلاق، الزواج، الفشل في الامتحانات. أما التقييم المعرفي للموقف فهي كيفية تفسير الفرد للموقف، فموقف معين يفسره شخص أنه موقف ضاغط، بينما آخر يفسره على أنه غير ذلك، أما المصادر فهي تشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الحدث الضاغط، فقد يدرك شخصان الحدث على انه ضاغط، ولكن احدهما يعتقد ان لديه مصادر وامكانات تساعده على التعامل مع الضغط، بينما آخر قد لا يعتقد ذلك، فكل منهما يستجيب ويتعامل مع الموقف حسب ما لديه من مصادر مواجهة.

أما مصادر المواجهة فتقسم الى نوعين:

1- مصادر شخصية: تتعلق بخصائص الشخصية والخصائص المعرفية للفرد.

2- مصادر بيئية: ترتبط بجوانب البيئة الاجتماعية والمادية

وحدد لازاروس ثلاثة مكونات في عملية التقييم الثانوي وهي (اللوم، والمواجهة وتوقع الفرد للمستقبل).

- نموذج اندلر: Endler (1990)

يشبه نموذج لازاروس، فيؤكد على العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة ، وأن البيئة تؤثر في سلوك الفرد بالأحداث في البيئة، ويُعرف البيئة بانها الخلفية أو السياق الذي من خلاله يحدث السلوك، في حين ان الموقف هو الخلفية العابرة او المؤقتة أو المثير.

ويرى اندلر ان متغيرات الشخصية تتفاعل مع المتغيرات الموقفية لتساهم في ادراك الفرد للموقف في البيئة، فإذا ادرك الفرد الموقف بوصفه مهدداً أو خطراً، فإن ذلك يؤدي الى زيادة قلق الحالة لديه، والزيادة في قلق الحالة يؤدي الى استجابات وسلوكيات المواجهة للموقف.

- نموذج العجز المكتسب:

استخدم سيلجمان مفهوم العجز المتعلم او المكتسب من خلال تمارين حيث يشير هذا المفهوم الى ان تكرار تعرض الفرد للضغوط اذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة او مواجهتها فإن هذا يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة، فيبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، أيضاً يشعر بعدم قدرته على مواجهتها فيتوقع الفشل بشكل مستمر، فيدرك ان ما تعرض له في الماضي من فشل وعدم قدرة على المواجهة سوف يستمر معه في المستقبل، ثم يشعر باليأس، فيشعر بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب.

اما أسباب العجز المتعلم فهي نوعين من العوامل:

1- عومل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية او المهنية او الاجتماعية للفرد.

2- عوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته والتي على اساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة.

إذن عندما يدرك الفرد أنه عاجز عن التأثير فيما يتعرض له من أحداث وظروف ضاغطة ولا يستطيع السيطرة عليها فإن ذلك يؤدي الى فقدان الشعور بالضبط أوالتحكم، وهذا يؤدي الى الشعور بالاكتئاب.

فيؤكد العجز المتعلم على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم، وان استجابة الأفراد إزاء الأحداث الضاغطة تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزي هذه الأحداث، فالأفراد الذين يفسرون الأحداث بطريقة سلبية غالباً ما يتعرضون للاكتئاب، والأفراد عند تقيمهم للأحداث والمواقف التي يتعرضون لها قد يعزون ذلك الى أسباب داخلية، أو الى أسباب خارجية او قد يعزون ذلك الى أسباب ثابتة او الى أسباب غير ثابتة.

ثالثاً: النظريات النفسية والاجتماعية المفسرة للضغوط:

1- الضغوط والمنحى السيكودينامي:

تتكون الشخصية لدى فرويد من جوانب ثلاثة (الهو) ويمثل الجانب البيولوجي في الشخصية، وهي مستودع المحفزات الغريزية والمحتويات المكبوتة لدى الفرد، وتسير وفقاً لمبدأ اللذة،اما (الأنا) فهو يمثل الجانب السيكولوجي في الشخصية، ويقوم بدور الوساطة والتوفيق بين (الهو والأنا الأعلى) حيث يعمل على تحقيق التوازن بين مطالب الهو ومتطلبات الواقع الخارجي والذي يمثله (الأنا الأعلى) والذي يعكس قيم ومعايير المجتمع.

وحسب وجهة نظر فرويد (الهو) يحاول السعي نحو اشباع الغرائز ولكن دفاعات (الانا) تسد الطريق، ولا تسمح للرغبات الصادرة بالاشباع ما دام لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم ذلك عندما تكون (الأنا قوية)، اما حينما

تكون الأنا ضعيفة وكمية الطاقة المستثمرة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، من ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي، وعلى هذا ينتج الضغط النفسي.

كذلك يؤكد علىدور العمليات اللاشعورية وميكانزميات الدفاع في تحديد كل من السلوك السوي واللاسوي للفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنه يسعى الى تفريغ انفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر ميكانزمات الدفاع اللاشعورية،وعلى هذا فالقلق والخوف أو انفعالات سلبية اخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد ويتم تفريغها بصورة لا شعورية عن طريق الكبت والأفكار.

2- الضغوط والمنحى السلوكي :

يركز انصار المدرسة السلوكية التقليدية على عملية التعلم وهي المحور الرئيسي لتفسير السلوك الإنساني، ويركزون أيضاً على دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد، ومن رواد هذه المدرسة لازاروس، باندورا (Bandora) وسكنر، ويرى سكنر ان الضغط هو احد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية وأنه ينتج عن تفاعل الفرد مع البيئة، ومن ثم لا يستطيع الفرد تجنبه والاحجام عنه، وبعضهم يواجهون الضغط بفاعليه، اما عندما تفوق شدة الضغط قدرتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط البيئية عليهم

أما لازاروس فيؤكد على وجود متغيرات وسطية تتوسط العلاقة بين الفرد والبيئة مشدداً على العمليات المعرفية لدى الفرد ودورها في الاستجابة للضغوط ومواجهتها،وهو ما يسميها عملية التقييم الأولي والثانوي.

أما باندورا فيوضح العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة،وطبقاً لذلك توجد ثلاثة عناصر تتفاعل مع بعضها وتؤثر في بعضها بعضاً، فالاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعر الفرد، أيضاً تتأثر بطريقة ادراكه للموقف، فالاستجابات السلوكية غير التوافقية الصادرة عن

الفرد للموقف الضاغط تكون غير مفيدة في حل المشكلات والتغلب على الموقف، بل تؤدي الى تكدس الضغوط لديه،فسلوك الفرد يتأثر بالبيئة.

ومعظم سلوك الفرد يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد لسلوك الآخرين.

والأحداث الضاغطة والصدمية مثل الإساءة النفسية والجسمية والجنسية التي يتعرض لها الأبناء في محيط الأسرة تؤثر على حياتهم وتؤدي الى ظهور مشكلات نفسية عدة لديهم، فعندما يشاهد الطفل والده وهو يسيء معاملة احد اعضاء الأسرة نفسياً أو جسمياً أو غير ذلك فإنه يتعلم من هذا السلوك فيما بعد.

ويشير باندورا أيضاً الى قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه، وفعالية الذات في التغلب على الخبرات الضاغطة تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى ادراكه لقدراته وامكاناته في التعامل مع الضغوط.

ويؤكد باندورا على ان فعالية الذات تبدأ بمدى واسع من السلوكيات التكيفية في الحياة وتشتمل على سلوك المواجهة وضبط الذات، وان فعالية الذات لدى الفرد تنمو من خلال ادراك الفرد لقدراته وامكاناته الشخصية، ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات في مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه.

وتعتبر فعالية الذات عند باندورا هي شكل من التقييم المعرفي الذي يقوم به الفرد تجاه المواقف التي يتعرض لها، وهي تشير الى اعتقاد الشخص أنه يستطيع التأثير على البيئة التي يعيش فيها، وان فعالية الذات تتوسط العلاقة بين تقييمات الضبط واستراتيجيات المواجهة، لذلك فإن الأفراد ذوي مستوى فعالية الذات المرتفع يقيمون المواقف الضاغطة بأنه باستطاعتهم التحكم فيها ومواجهتها وتغييرها بدلا من تقبلها.

الضغوط والمنحى الفينومينولوجي:

يؤكد أصحاب هذا المنحى على دراسة الخبرة الذاتية للفرد، وكما يدركها هو، وليس كما هي عليه في الواقع، إذ إن هناك اختلاف بين الأحداث والمواقف كما هي عليه في الواقع وكما يدركها الفرد، ومن ابرز رواد هذا المنحى ماسلو وروجرز.

وضح ماسلو الدوافع على شكل سلسلة او هرم متدرج تبدأ بالحاجات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش ثم تأخذ في الارتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة الى الانتماء والحب والتقدير الايجابي وتحقيق الذات، ولا يمكن للفرد اشباع الحاجات العليا التي في قمة الهرم دون اشباع الحاجات الفسيولوجية الاولية في قاعدة الهرم، والفرد لا يشبع هذه الحاجات العليا الا بعد ان يتحرر من سيطرة واشباع الحاجات الدنيا..خاصة الحاجات الفسيولوجية، وهذا يؤدي الى الشعور بالضغط لدى الفرد، فتنتج الضغوط عندما يفشل الفرد في اشباع الحاجات الأولية وكذلك الحاجات النفسية.

اما كارل روجرز فركز على مفهوم الذات، فالفرد يستجيب للمواقف في البيئة كما يدركها هو، أي بما لديه من معارف وخبرات داخلية، وليس كما هو الواقع، فمفهوم الذات لدى الفرد يقصد به فكرة الشخص عن نفسه ويتكون نتيجة احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ويمثل عاملاً هاماً في ادراك المواقف التي يتعرض لها في حياته، وهذا يمثل أحد الأسباب التي تسهم في إحساس الفرد بالضغط النفسي إذن فالطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته هي التي تحدد التفسير والادراك لمعنى الاحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد في حياته، ولذلك فإن استجابة المواجهة تجاه المواقف في البيئة تتأثر بمفهوم الذات، أي مفهوم الذات عامل مهم في تحديد سلوك المواجهة.

4- المدخل المعرفي في تفسير الضغوط:

ان استجابة الفرد للأحداث في البيئة تتحدد بشكل كبير بتفسيرات الفرد للأحداث، فتبرز أهمية الدور المعرفي في نشأة الضغوط وذلك في النموذج الذي

قدمه لازاروس وفولكمان والذي أكد فيه على عملية التقييم الأولي والثانوي في نشأة الضغوط وفي التعامل معها.

كذلك أكد الباحثون أمثال البرت اليس وارون بيك وميتشنبوم على ان العوامل السلبية تلعب دوراً كبيراً في نشأة الضغوط لدى الفرد، وان المعارف السلبية لدى الفرد تعد هي جوهر الثقة والضغط النفسي، فتظهر الرؤية السلبية عن الذات من قبيل (انا غير قدير بالاستحقاق)، انا غير فعال انا غير محبوب، ورؤية سلبية عن الآخرين وعن المستقبل.

ويرى البرت أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وانما تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة.

5- النظرية البينشخصية في تفسير الضغوط:

يشير كارسون وآخرون (Carson et al, 1996) الى ان الضغوط النفسية التي يعانيها الفرد تعزو الى انماط التفاعل المختلفة وظيفياً بين الأفراد، فالفرد كائن اجتماعي لا يعيش بمعزل عن الاخرين، بل هو في تفاعل دائم ومستمر ويؤثر فيهم ويتأثر بهم،والضغوط النفسية كسلوك غير توافقي تنشأ عن العلاقات البنشخصية كما هو في الصراعات الزوجية والتوتر في العلاقات بين أفراد الأسرة ومع الآخرين.

وبذا يمكن خفض الضغوط من خلال العلاج البينشخصي والذي يركز على تقليل المشاكل التي تحدث داخل هذه العلاقات البينشخصية ومساعدة الأفراد على تحقيق وبناء علاقات ايجابية وسوية مع بعضهم البعض.

6- المدخل الايكولوجي والاجتماعي في تفسير الضغوط:

الضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد،ولذلك فالأحداث والظروف البيئية يمكن أن تكون مصدراً للضغوط مثل الحروب والكوارث الطبيعية والفقر ،والتمييز ، والبطالة وأحداث العنف والجريمة، ومشكلات الصحة النفسية مثل تعاطي المخدرات والانتحار.

وجميعها تمثل مصادر أساسية للضغـوط، واستجابة الأفـراد لهـذه الضغـوط تختلـف بـاختلاف ظـروف المجتمـع، وهـذا يكـون مرتبـط بـالظروف الاقتصاديـة والاجتماعية،والظروف البيئية.

أيضاً التغيرات في الاعتقادات والاتجاهات أصبحت تؤثر بشكل كبير على مستوى الضغوط لدى اللأفراد، فلقد اختفت كثير من القيم السامية والنبيلة،وظهر عوضاً عنها قيم النفعية والانانية والكذب، والغش، والنفاق...

أيضاً ثقافة المجتمع اصبحت تركز على الفرد وعلى الحقوق الشخصية الفردية والالقاب بدلاً من التركيز على الواجبات والمسؤوليات التي يتعين على الفرد القيام والالتزام بها تجاه الآخرين في المجتمع (حسين و حسين، 2006) .



٥

الفصل الخامس

السلوك السوي والسلوك الشاذ



السلوك السوي والسلوك الشاذ

يمثل السواء واللاسواء (الشذوذ) مفهومان أساسيان في علم نفس الشواذ (Abnormal and psychology) وهو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتضمن الدراسة العلمية المنظمة التي تهدف إلى وصف وتفسير والتنبؤ والتحكم بالسلوكات التي تعتبر غريبة أو غير عادية أو غير طبيعية. (Barblow, 1993)

وعلى الباحث العلمي، إذا رغب في تشخيص الاضطراب النفسي ومعالجته ووقاية الناس منه بطريقة موثوقة، لا بد من البدء بتعاريف محددة وواضحة لمفهوم الشذوذ والسواء، ولكن اختلف العلماء أنفسهم حول الاتفاق على صيغ تعاريف متشابه أو متقاربة حول صيغة مفهوم موحد.

ونجم عن تصارع الناس وتنازعهم حول المقومات الأساسية لتعريف الشذوذ والسواء إلى اختلاف المعايير التي يستندون إليها في صياغة التعريف، والمعيار هو جملة القواعد والمبادئ والأساليب، أو الطرق العلمية التي يكون وفقها التعريف.

وتتعدد المعايير وتتنوع بتغير الفلسفات والمعتقدات التي توجه العاملين على وضعها (أسعد، 1986).

السلوك السوي:

السلوك السوي هو السلوك العادي أو المألوف أو المعتدل، أو هو السلوك الذي يواجه الموقف بما تقتضيه في حدود ما يغلب على الناس، فإذ كان الموقف يدعو إلى الحزن واجهنا الحزن، وحين يظهر (أحدنا ضاحكاً في موقف حزين يستهجن سلوكه ونُعده شذوذاً). (العناني، 2005)

وتمثل السوية القدرة على توافق الفرد مع نفسه وبيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها، ويمثل السلوك السوي العادي والمألوف والغالب على حياة الناس. (غيث ، 2006)

إن تحديدنا للسلوك الذي نستخدمه في موقف ما ومناسبته له تعتمد على أمور منها:

1- طبيعة الفرد وخبراته الذاتية في المواقف المتشابهة.

2- طبيعة الموقف والشروط الخاصة به.

3- الطريقة أو الوسيلة المستعملة في ذلك الموقف.

4- عمر الشخص ومستوى النضج.

5- مكانة الشخص(شعبان وتيم 1999).

وعند النظر إلى السلوك والحكم عليه على أنه سوي لا بد من الانتباه إلى بعض المشكلات التي تسبب خطأ في تقديرنا، وهذه المشكلات هي:

1- كثرة تداخل المتغيرات التي تؤثر على السلوك وتشكله (نفسية، اجتماعية، عقلية).

2- قرب بعض درجات الاستواء من درجات الشذوذ.

3- صعوبة الاتفاق على معيار واحد لتحديد السلوك.

4- اعتبار أن معيار السواء هو بحد ذاته متدرج بين شدة السواء وتوسطه وقربه من اللاسواء.

السلوك الشاذ:

يصعب على الفرد أن يحدد السلوك الشاذ بناء على مجموعة متغيرات نفسية واجتماعية وعقلية، ويجد الفرد نفسه أمام كم هائل من الآراء التي تعطي تصورا للشذوذ، مثل:

- الشذوذ هو ما يخالف (يعاكس) الاستواء (الاستواء غير واضح).

- الشذوذ هو الاضطراب النفسي الشديد.
- الشذوذ هو السلوك الذي يعبر عن درجة غير مألوفة من ضعف التناسق داخل الشخصية.
- الشذوذ هو السلوك غير المألوف أو السلوك المتطرف.

وكما ذكرنا عن السلوك السوي فإنه يصعب تحديد السلوك الشاذ إلا باعتماد معيار محدد يتفق عليه الأخصائيون ويلتزمون به، ويمكن لنا أن نعتمد أحد منحيين في تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ، وهما المنحى الايجابي والمنحى السلبي، فالمنحى الايجابي يقتضي الرجوع إلى قواعد إيجابية كالرجوع إلى معيار الصحة النفسية، حيث يعتبر أن السلوك يحدث عند قيام الوظائف النفسية بعملها بشكل متناسق ضمن وحدة الشخصية، أو نقول أن السلوك السوي هو ذلك السلوك المعبر عن تكيف مناسب يكون فيه التفاعل بين الفرد ومحيطه وبينه وبين نفسه تفاعلاً مثمراً.

أما المنحى السلبي: فيكون بتحديد معيار الشذوذ باعتباره معاكس الاستواء، والنظر إلى السلوك السوي يعد ذلك على أنه السلوك الذي لا يكون شاذاً. (القاسم، وعبيد، والزعبي، 2000)

كيف يتكون السلوك: إن السلوك البشري يتكون عادة من نوعين هما:

1- سلوك ثابت موروث: وهو سلوك يولد مع الانسان.

2- سلوك متعلم: هو سلوك يكتسبه الانسان أثناء حياته ولا يولد مزوداً به، علماً بأن الإنسان يكون مزوداً باستعدادات وقدرات ووسائل تستطيع مع الأيام أن تنمو وتنضج وتتفاعل مع المؤثرات الطبيعية والاجتماعية المحيطة لتكون فيما بعد السلوك الذي نراه (شعبان وتيم، 1999).

محكات السلوك الشاذ

يمكن استخدام المحكات التالية لتحديد السلوك الشاذ:

1- قصور النشاط المعرفي: حينما تحدث إعاقة للقدرات العقلية كالإدراك والانتباه والحكم والتذكر والاتصال، وتكون هذه الإعاقة شديدة ويكون وصف السلوك بأنه غير سوي (شاذ).

2- قصور السلوك الاجتماعي: نظراً لأهمية التقاليد الاجتماعية التي تنظم السلوك في كل مجتمع ما فإنه عندما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد، من المحتمل أن يطلق عليه سلوك غير سوي (شاذ).

3- قصور الحكم الذاتي: على الرغم من أن ليس للأفراد مقدرة كافية للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه، لذا فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يسمى عادة غير سوي (شاذ).

4- الضيق: إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والحزن جميعها انفعالات سوية وحتمية ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة يؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة، ويعتقد أن السلوك غير سوي (شاذ). (شعبان وتيم، 1999)

معايير تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ:

كما ذكرنا عن السلوك السوي والشاذ كمفهوم بأنه لا بد من اعتماد معايير محددة للحكم على السلوك، لذا فقد اقترح العلماء في ميدان الصحة النفسية وعلم النفس وعلم الاجتماع مجموعة من المعايير أهمها:

1- المعيار الإحصائي:

يعتمد المعيار الإحصائي على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين الناس، أو بين أفراد جماعة ما، فالسلوك السوي هو السائد، والمتكرر والمنتشر بين الأفراد، أما الشاذ فهو النادر، قليل الحدوث والتكرار. (غيث، 2006)

ويرتبط مفهوم السواء في مجال القياس النفسي ارتباطاً شديداً بالمفاهيم الإحصائية المتعلقة بالمتوسط، وهنا يستخدم منحنى التوزيع الطبيعي منحنى جوس (Gaus) والذي يحدد فيه مكانة كمية نسب المتوسط ونسب الانحراف، وبناء على

ذلك التوزيع الطبيعي ينظر إلى التوسط على أنه سواء وإلى الانحراف على أنه شذوذ.

والظاهر في هذا المعيار أنه يبقى صحيحاً في الاستعمال ما دمنا نأخذ الأرقام المجردة، أما إذا اتجهنا إلى المفاهيم النفسية كالذكاء، والمفاهيم الاجتماعية كالتكيف الاجتماعي، فإن الاهتمام يبدو لنا منصباً عندئذ على الضعيف ونسميه شاذاً، أما العبقري فلا نسمية كذلك، ونسمى سيء التكيف شاذاً أما الناجح في تكيفه الاجتماعي فلا نسميه كذلك (القاسم وآخرون، 2000).

ومن الانتقادات الموجهة لهذا المعيار:

1- إن انتشار السلوك وتكرار حدوثه عند عدد كبير من الناس لا يعني أنه سلوك سوي، فاستخدام الغش في الامتحان بين الطلاب في مجتمعنا لا يمكن اعتباره هو السوي. والعكس صحيح فندرة بعض السلوكيات وقلة ممارستها (كالصدق) لا يعني أنه سلوك شاذ فقط لأنه ليس متكرر الحدوث، فالصدق يبقى سوياً حتى لو مارسه القليل من الناس، والنفاق شاذاً حتى لو مارسه معظم الناس.

2- لا يميز المعيار الإحصائي بين الشذوذ السلبي والايجابي فالعبقرية والإبداع والموهبة شاذاً إلا أنها أمور حميدة وإيجابية. (غيث، 2006)

2- المعيار الذاتي:

عرض العالمان (موس وهانت) فكرة هذا المعيار الذي يعتمد على شخصيات الأفراد الذين يصدرون الحكم على السلوك حيث يقول إن السلوك سوي حين ينسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، كما نقول أنه غير سوي حين تختلف عن هذه الأفكار والآراء، وهكذا فإننا نحكم ذاتياً حين نتحدث عما هو سوي أو غير سوي، ونحكم معتمدين على كل ما قبلته وألفته في خبرتها السابقة وما يتلاءم

مع ما ترغب به، أو ما هو مرغوب من وجهة نظرنا الشخصية، بينما يكون الشاذ نقيضه (القاسم وآخرون، 2000).

من عيوب هذا المعيار:

1- نسبية الأحكام واختلافها من شخص لآخر.

2- يهمل الفروق الفردية بين الأفراد في نمو الضمير، وتقبل معايير الجماعة، وقيمها وما يترتب على ذلك من فروق في الأحكام على السلوك.

3- صعوبة الوصول إلى معيار علمي وموضوعي متفق عليه للتمييز بين ما هو سوي وغير سوي.

4- يهمل دور الأهواء الشخصية والتمييز والتعصب في تشويه أحكام الفرد.(غيث، 2006)

3- المعيار الاجتماعي:

عادة ما يستخدم هذا المعيار علماء الاجتماع الذين يعطون الأسس الاجتماعية مكانة أساسية في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع كما يرونه يضم مجموعة من العادات والتقاليد، والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذاً. وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع هو السواء وعدم التوافق شذوذاً.

اما أهم السلبيات على هذا الاتجاه فتتضمن في النقاط التالية:

1- يؤثر التطور التاريخي في كثير من العادات والتقاليد في المجتمع الواحد وعليه يختلف المعيار في الحكم على السلوك من وقت لآخر.

2- هناك أشكال كثيرة من السلوك تعتبرها مجتمعات بأنها شاذة في حين إن مجتمعات أخرى لا تعتبرها كذلك.

3- قد يختلف أبناء المجتمع الواحد على السلوك الشاذ وذلك حسب طبقاتهم الاجتماعية أو أوضاعهم الاقتصادية.

4- هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات ويصعب تعميمها على كافة المجتمعات. (القاسم وآخرون، 2000)

4- المعيار الطبيعي:

السواء له وجهة نظر المعتمدين على هذا المعيار يكون في العمل وفق ما تقتضيه الطبيعة.

أما الشذوذ فيكون عند الإنسان في العمل المناقض للطبيعة أو انحراف بالغ في سلوك ما عن طبيعته. (القاسم، 2000)

يتركز مفهوم السواء هنا على ضوء فكرة البقاء، فكل ما يساعد الإنسان على البقاء حياً سوي، وكل ما يعمل ضد البقاء فهو غير سوي، كما هو عند الحديث عن الغرائز وإشباعها أو الحاجات الأولية مثل الطعام والشراب والنوم والجنس والنفس والإخراج. إن أية محاولات يقوم بها الفرد للامتناع عن إشباع تلك الحاجات من قبل الاضراب عن الطعام أو الشراب يمثل سلوكاً شاذاً من وجهة نظر هذا المعيار، كذلك الدافع الجنسي، عندما يتم توجيهه نحو الأفراد من الجنس الآخر فإن هذا يساعد على بقاء النوع، ولذا فهو سلوك سوي، أما توجيه الدوافع الجنسية نحو الأفراد من نفس الجنس فهو سلوك شاذ.

أما أهم سلبيات هذا الاتجاه فهي:

1- اعتبار الطبيعة الجامدة عاقلة وتضع القوانين الخاصة بالحكم على سلوك الإنسان العاقل بناء على مجموعة غرائز أو دوافع.

2- إن القوانين السلوكية التي تنطبق على أرقى الحيوانات لا يمكن اعتمادها للحكم على سلوك الإنسان.

3- هناك حالات شذوذ في القوانين الطبيعية، كأن تقوم بعض الحيوانات بأكل وليدها، فهل هذا يبرر أكل الإنسان لأبنائه.

4- هناك بعض الإجراءات الإنسانية التي تهدف إلى الحفاظ على حياته وتنظيمها كاستغلال الموارد البيئية وتغير كثيراً من الظروف البيئية لكثير من المواقع بما يتناسب وفائدة الإنسان أو التدخل في البيئة البيولوجية للإنسان. (القاسم وآخرون، 2000)

5- المعيار النفسي الموضوعي:

إنه ينظر إلى السلوك أنه فاعلية نفسية ناجمة عن ديناميكية خاصة تحركه الدوافع الكامنة من أجل غرض معين، ويكون الشذوذ عبارة عن اضطراب في السلوك، ويتأكد ذلك بالتحليل العلمي، (شعبان وتيم، 1999)، حيث يعتبر هذا المعيار علميا موضوعيا لا دخل للذاتية فيه.

يعمد على استخدام هذا المعيار المعالجون النفسيون والاكلينيكيون الذين يقفون عند سلوكات الأفراد وحالاتهم النفسية محللين لها ولوظائفها، وبالتالي يكون الشذوذ عبارة عن اضطراب شديد في السلوك ووظيفته، فلا يكفي أن يكون السلوك نادر الوقوع، أو مختلفا عن المألوف لتسمية شاذا، بل يوصف بالشذوذ حين يقود التحليل العلمي إلى التأكد من وجود الاضطراب الوظيفي الشديد فيه. (غيث، 2006)

6- المعيار التكاملي او السريري (المرضى او الطبي):

يسمي البعض المعيار التكاملي بالسريري لأنه معيار مرن واسع يمكن من صياغة التفاصيل الدقيقة لتعريف الفرد خلال ظاهرة تعرف تدريجي ومستمر على خصائصه الفريدة ومتطلباته الأساسية.

ويشمل هذا المعيار التكيف، والتكامل، والنضج، وإرضاء الذات، وسلامة المجتمع. (القاسم وآخرون، 2000)

ومن المنطقي أن يركز الطب عليه، إذ أن هدفه علاجه، وكلما كان المرض معدياً كان أخطر، ولذا يعرف بالشذوذ، تبعاً لذلك فإنه حالة مرضية يكون فيها

الفرد خطراً على نفسه، أو على المجتمع، وبذا يتطلب الشذوذ التدخل لحماية الفرد أو المجتمع أو كليهما (غيث، 2006).

ويوصف المعيار التكاملي بالمرونة التي تتيح للباحث الأخذ بمعطيات تطور المعرفة العلمية حول السلوك البشري وإحداث التغيرات الملائمة في المفاهيم والممارسات على السواء. (القاسم وآخرون، 2006)

7-المعيار القيمي أو المثالي:

يرى هذا المعيار أن السوي هو الكامل أو يقرب منه، فقوة الإبصار السوية ليست كقوة الإبصار المتوسطة بل الكاملة، والشذوذ تبعاً لهذا المعيار هو انحراف عن المثل العليا أو الكمال، والشخص العادي هو الشخص الكامل في كل شيء.

يمكن ملاحظة أن هذا المعيار يتفق مع الاتجاه الايجابي في تحديد الصحة النفسية، وهو الاتجاه المخالف للاتجاه السلبي في تحديد التكيف السوي، والذي يرى أن السواء يتمثل في الخلو من المرض، ولكن مشكلة هذا المعيار تكمن في أن إمكانية الوصول إلى الكمال غير واقعي، فوجود إنسان خال تماماً من التوتر النفسي أمر مستحيل، وباعتبار الإنسان السوي هو المحقق لذاته بشكل كامل أيضاً مستحيل. (غيث، 2006)

مستويات الشذوذ وسوء التكيف:

التكيف قد يكون حسناً وقد يكون سيئاً، والتكيف السيء ينطوي على اضطراب في حالة الشخص النفسية، وحين نتحدث عن الشذوذ نذكر أيضاً الاضطراب، حيث تناول الباحثون الانحرافات في الصحة النفسية بمسميات كثيرة، منها الشذوذ، والاضطراب، والمرض، واللاسواء، وغير العادي، ومع اختلاف الباحثين حول مسميات الانحراف فإنهم متفقون على أن السلوكيات السيئة التي لا يقبلها عقل، ولا يقرها قانون، ولا يوافقها عرف تؤذي فاعلها، وتعوق نموه، وتفسد علاقاته بغيره وتشعره بالتوتر والقلق والشقاء.

تكاد تكون الانحرافات موجودة عند الكثير من الناس، ولكن بدرجات متفاوتة، وعلى ارتباط بالصحة النفسية سلباً أو متلازماً معاً تلازماً عكسياً، فكلما زادت الانحرافات نقصت صحتها، وكلما قلت الانحرافات صحت النفس وقل وهنها، ولذا من الضروري الوقوف على مستويات الانحراف. (غيث، 2006)

ولا يكون الاضطراب النفسي الذي يمر بالإنسان على درجة واحدة من حيث الشدة، فالاضطراب قد يؤدي إلى سوء التكيف، ولكن زيادة شدة الاضطراب قد تؤدي إلى الانحراف أو الشذوذ.

وعند استخدام مصطلحات سوء التكيف والشذوذ لا بد من أن نتعرف على أوجه الشبه والاختلاف بينهما.

1- إن اصطلاح سوء التكيف في الاضطرابات النفسية تشمل ما كان منها ضعيف الشدة وما كان شديداً، بينما يغلب استعمال كلمة الشذوذ بالنسبة للاضطرابات النفسية التي تميل إلى الشدة.

2- تستخدم عبارة سوء التكيف للدلالة على الاضطراب الناشئ عن شروط الحياة اليومية والاجتماعية، بينما يطلق مصطلح الشذوذ على الاضطراب النفسي الذي تكون جذوره فسيولوجية قوية وبالغة.

3- تشير عبارة سوء التكيف إلى التركيز على التفاعل ما بين الفرد ومحيطه، وأثر كل منهما بالآخر، أما إذا كان التركيز على الانحراف وأخطاره، والنظر إليه بوصفه مرضاً نفسياً، فنميل هنا إلى استعمال مصطلح الشذوذ.

4- تميل الدراسات النفسية والتربوية التي تهتم بالوقاية والمعالجة النفسية للاضطرابات إلى استخدام عبارة التكيف أكثر من ميلها إلى استعمال كلمة الشذوذ. (غيث، 2006، العناني، 2005)

تصنيف السلوك الشاذ:

التصنيف خطوة أولية ضرورية لإيضاح العلاقات المميزة لمختلف الحالات المرضية وإقامة نوع من النظام في دراسة الاضطرابات النفسية بأعراضها وآلياتها

وأسبابها، والتصنيف أمر صعب، إذ يواجهنا عدد ضخم من ردود الفعل الشاذة ذات الأعراض التي تتشابه برغم اختلاف الأسباب المؤدية لها.

وضعت تصنيفات عديدة في محاولة التغلب على تلك الصعاب، غير أن هناك تصنيف رابطة علماء النفس الأمريكية باعتباره أشمل التصنيفات، وهذه التصنيفات هي:

أ . الاضطرابات ذات الأسباب النفسية وهي أمراض لا يبدو فيها أي سبب عضوي وتشمل:

1- الاضطرابات الظرفية التي تصيب بعض الناس في ظروف شديدة الضغط، كالحرائق، والحروب، وفقدان الأحبة المفاجيء.

2- الاضطرابات العصابية: تتميز مختلف اضطرابات هذا الصنف بالقلق ويسلم فيه الفرد من التفكك الكامل للشخصية، بحيث يبقى على تفاعله مع الواقع، ولا يحتاج مضطربوا هذا الصنف إلى الإيواء.

3- الاضطرابات التكيفية: وتشمل الصراعات والتحسس والقرحات وغيرها من الأعراض العضوية التي يلعب الانفعال الدور الحاسم في توليدها.

4- الذهانات الوظيفية تضم الدرجات الحادة من تفكك الشخصية والانفصال التام عن الواقع، ويجب إيواء مضطربي هذا الصنف وقاية لهم وللمجتمع.

5- اضطرابات الطبع: ينشأ هذا الصنف عن نقص نمائي وليس تفكك الشخصية إبان مواجهة الضغوط، وتتنوع ضروب اضطرابات الطبع وتتراوح بين الإدمان والانحرافات الجنسية.

ب. الذهانات العضوية وهي اضطرابات مرتبطة بتلف عضوي حاد او مزمن، تشمل أسباب الذهانات العضوية:

1-اضطرابات مرتبطة بتلف عضوي حاد أو مزمن، كاضطرابات الدماغ الحادة المرتبطة بتلف النسيج الدماغي أو بالحمى أو بنقص الفيتامينات أو التسمم الكحولي.

2- اضطرابات الدماغ المزمنة التي تحدث عندما يتعرض الدماغ لأورام أو جروح مزمنة تؤدي إلى تلف النسيج الدماغي فتتدهور قدرة الفرد على الحكم والتذكر والتوجيه.

3- ضمور العضوية والدماغ المرافق للشيخوخة.

4- اضطرابات إفراز الغدد الصماء.

ويضيف التصنيف التخلف العقلي الشديد والمتوسط والبسيط.

ليس سهلاً تصنيف الاضطراب في صنف ما ، إن عملية التشخيص أمر شاق يتطلب خبره ومراناً ووعياً، والمحلل الناجح، لا يسارع إلى رشق الناس في الأصناف المرضية بل يكون لنفسه فرضية مبدئية حول انتماء الحالة إلى اضطراب ما ويختبرها خلال تعامله مع الفرد وملاحظته له وتحليل الحالة والسلوك.

إن تصنيف الحالة قد يكون ثانوياً إزاء التعرف على الأعراض وآلياتها وأسبابها وتكييف العلاج وفقها (أسعد، 1986).

انماط الرعاية الأسرية :

يعتبر الطفل في الشهور الأولى الأم مصدراً أساسياً له، إذ تشكل مصدر غذاء ونظافة وحباً وتفاعلاً، فإذا غابت عنه مهما كانت فترة الغياب فإنه يفهم من ذلك غياب المصدر المهم، ويمكن أن يطور مشاعر الخوف والقلق، نظراً لقصور فهمه وإدراكه مدة الغياب (قطامي، 2005).

للأسرة آثار مؤكدة في تحديد شذوذ السلوك، تتنوع الأخطاء التربوية في الأسرة وتتعدد، يكثر بعض الأهل العطاء، ويقلل البعض الآخر منه فيحددون فعاليات الطفل بمنتهى الدقة، وتقف فئة حائرة لا تفعل شيئاً لإغناء محيط الطفل وإثارته. تحظى بعض الأسر فتلقن صغارها أنماط سلوكية مثالية، أو خاطئة، أو متشددة، وتعجز أخرى عن معاناة أي إحساس بالوالدية، فتنعكس ممارسات الأهل التربوية الخاطئة في سلوك الطفل اضطراباً يدمر التكييف السوي. (أسعد،1986)

قد لا يوجد الجو المناسب في محيط الأسرة لنمو العادات الحسنة، وذلك لعدم توفر ما يمكن أن تطلق عليه الاحترام المتوازن المتبادل ما بين الطفل وأهله، وهناك كثيراً من التصرفات الشاذة التي تعوق وجود الاحترام المتوازنة المتبادل.

ويولد النمط التربوي الذي تتبعه الأسرة في تربية أطفالها انحرافاً سلوكياً مميزاً كالتالي:

علاقة الأنماط التربوية بالانحرافات السلوكية

النمط التربوي	الانحراف السلوكي
1. الرفض	- انحطاط صورة الذات، فشل التمييز بين الجيد والسيء، لفت الانتباه، والحسد، العدوان، الوحدة، انعدام الثقة، الحرمان، الانفعالي.
2. الحماية الزائدة	الاتكالية، انعدام الإحساس بالواقع، عدم تكوين المهارات الضرورية، الخمول، الشعور بالعجز.
3. التدليل	الفساد، الأنانية، الإلحاح، العدوانية، انعدام الصبر. استغلال العلاقات الاجتماعية. العجز عن تقديم الأوضاع والأشياء.
4. المطالب المتشددة	تثبيط الإحساس بالجرأة والقيمة، انعدام العفوية والتلقائية النمائية (راقبي ما فعلت يا أمي)
5. المعايير الخلقية الجامدة	التذمر من الأشياء وانتقادها، القسوة على الذات. طفلية الضمير، العجز عن تقويم السلوك، الثورة المفاجئة والانحراف. تجمد الشخصية وقصورها.
6. الانضباط	الخوف، الحقد، القسوة في حساب الذات، انعدام روح المبادرة والعفوية، ضعف مشاعر الصداقة، زعزعة القيم، العدوانية.
7.تنافس الأشقاء	ميوعة المعايير الخلقية، زعزعة الأمن، السلوك المستهجن لجذب الانتباه، النكوص، العدوانية.
8. انحراف النمط الوالدي	تعليق النمط الوالدي المنحرف.

(أسعد، 1986)

علاقة القهر مع العنف والعدوان:

العدوانية هي آفة البشرية الكبرى، والعدوانية تنخر وجود الإنسان المقهور عموماً، وتنخره أكثر فأكثر في العالم المتخلف، وهي عبء وتهديد للتوازن النفسي، ودافع للإقدام على العديد من تصرفات تدمير الذات،كما أنها في الوقت نفسه، دفاع وانتفاضة ضد التهديدات التي تأتيه من الخارج. (حجازي، 1986)

يعيش الإنسان المقهور في عالم من العنف المفروض، عنف يأتي من الطبيعة وغوائلها التي لا يستطيع لها ردعاً والتي تشكل تهديداً فعلياً لقوته وأمنه وصحته (الجفاف، الفيضانات، الحريق، الأمراض والأوبئة، الحروب، الآفات...) هذا العنف يجعله يعيش في حالة فقدان متفاوت في قدرة السيطرة على مصيره، وعندما لا يجد وسيلة لحماية ذاته، وللشعور بالأمن إزاء مشكلة تهدده، تبدو مشاعر العجز والقلق. وأمام العجز، والقلق لا يجد الإنسان المقهور من مكانة له في علاقة التسلط العنيف سوى الرضوخ والتبعية، والوقوع بالدونية كقدر مفروض، ومن هنا تظهر تصرفات التزلف، والمبالغة في تعظيم الشيء، اتقاء لشره أو طمعاً في رضاه، وهنا يختل التوازن بين السيد والإنسان المقهور، ويصل هذا الاختلال حد تتحول معه العلاقة إلى فقدان الإنسان لإنسانيته، وانعدام الاعتراف بها وبقيمتها، وهذه الوظيفة وما يتبعها من إحساس بالعجز أمام المصير المهدد دوماً، وانعدام مشاعر الأمن تجاه قوة الطبيعة، **تؤدي إلى بروز مجموعة من العقد الشخصية التي تميز حياة الإنسان المقهور وأهمها:**

1- **عقدة الذنب (أو الإثم):** في مقدمة العقد التي قد يعمل الآباء والأمهات على زراعتها في نفوس أبنائهم عقدة الذنب أو الإثم، وربما كان من أهم أعراض هذه العقدة، الرغبة في (العقاب الذاتي): الحرص على(القصاص)، والنزوع نحو تنظيم (الفشل)، بشكل قد لا يخلو من تناقض ظاهري، وحينما يستخدم الآباء- في تربيتهم لأطفالهم طريقة (التأنيب المستمر)، فإن هذه الطريقة التربوية - وحدها -قد تولد لدى الطفل ضرباً من الشعور المرضي بالذنب أو الإثم، وهنا قد يلجأ الوالدان-أو أحدهما-إلى استخدام عامل (الإهمال) أو (التعبير) أو

(التهديد الوجداني).

كأن تقول الأم لطفلها: (انك بذلك تقتلني)، أو كأن يقول الأب لولده: (إنك تتسبب في موت والديك)، أو أن تقول الأم لابنتها:(أنت عار على الأسرة كلها)..الخ. كل هذه العبارات وغيرها قد تنمي في نفس الطفل عقدة الشعور بالذنب.

قد يسرق الطفل مثلا لعبة من رفاقه وهنا يقوم الآباء والأمهات في معاقبة الطفل بأساليب رادعة عنيفة، أو إيهامه أنه سيتعرض لعقوبة الحبس، مما قد يسبب له إصابات نفسية بالغة، وبالتالي يولد في نفسه (عقدة الذنب) أو الإثم!(كيال، 1993).

2- عقدة النقص: تميز مشاعر الدونية بشكل عام موقف الإنسان المقهور من الوجود، فهو يعيش حالة عجز إزاء قوة الطبيعة، وإزاء السلطة على مختلف أشكالها، يعيش حالة تهديد دائم لأمنه وصحته وقوته وعياله، يفتقر إلى الإحساس بالقوة والقدرة على المجابهة الذي يمده بالاحترام والعنفوان، فالإنسان المقهور عاجز عن المجابهة، (حجازي، 1986)، واعتبار نظرة الغير بمثابة حكم أو إدانة أو لوم أو سخرية،... ومن هنا فالمصابين بهذه العقدة يخشون المجتمعات، ويهابون الناس، ويعجزون عن الكلام أو التعبير عن أنفسهم أمام الغرباء، ويشعرون بقصورهم وعجزهم وفشلهم في الحياة.

والآباء والأمهات قد يعملون على تربية هذه العقد في نفوس أبنائهم حينما ينمون لديهم مشاعر النقص، أو حينما يلجأون باستمرار إلى أساليب اللوم أو الاستهزاء أو التحقير، فالأب الذي يقول لابنه مثلاً: (أنت تلميذ خائب) أو (أنت ولد غبي)، والأم تقول لابنتها (هل رأيت نفسك في المرآة) ؟؟ أو (لا أظن أن هناك من هي أحمق منك) ... وبذلك يولودون في نفوس أطفالهم (عقد النقص) (كيال، 1993).

وعقدة النقص تجعل الخوف يتحكم بالإنسان المقهور: الخوف من السلطة، الخوف من قوى الطبيعة، الخوف من فقدان القدرة على المواجهة، الخوف من شرور الآخرين، مما يلقي به في ما يمكن تسميته بانعدام الكفاءة الاجتماعية

والمعرفية فهو يتجنب الوضعيات غير المألوفة، إذا خرج من دائرة حياته الضيقة يحس بالغربة الشديدة وبانحسار الذات. (حجازي، 1986)

3- **عقدة التنافس الأخوي**: فطن علماء النفس منذ عهد بعيد إلى أهمية عاطفة (الغيرة) في حياة الطفل، وهي غيرة مرضية قد تتولد في نفس الطفل بسبب التنافس البغيض الذي قد يقوم بينه وبين أخيه الصغير، فالأخ أو الأخت يمثل أو تمثل المنافس الخطير الذي يغار منه، ويريد القضاء عليه، والاهتمام الذي قد يبديه الوالدين بأخذ الأبناء (دون سواهم) خصوصاً إذا اقترن بالتفضيل والمديح، والملاطفة المستمرة، قد يولد في نفوس باقي الأخوة (عقد الغيرة) أو (عقد التنافس الأخوي).

4- **عقدة العار**: هي النتيجة الطبيعية لعقدة النقص، الإنسان المقهور يخجل من ذاته، يعيش وضعه كعار وجودي يصعب احتماله، إنه في حالة دفاع دائم ضد افتضاح أمره، افتضاح عجزه وبؤسه، يتمسك بشدة بالمظاهر التي تشكل ستراً واقياً لبؤسه الداخلي، هاجس الفضيحة يخيم عليه (فضيحة العجز أو الفقر أو الشرف أو المرض) حساسيته مفرطة جداً لكل ما يهدد المظهر الخارجي الذي يحاول أن يقدم نفسه من خلاله للآخرين.

والإنسان المقهور يتشفى من المرأة كي يستر عاره، كذلك يتنشط المتسلط في فرض سلطانه وبطشه على المستضعفين من الناس، من خلال بطشه يحس بالمتعة والقوة، ساتراً بذلك نقصه وعاره (حجازي، 1986).

5- **عقدة القلق**: كان فرويد يجعل من القلق العامل المشترك بين كل الاضطرابات المرضية، وبعدها راح علماء النفس المهتمون بدراسة الطفولة يبرزون أهمية الشعور بالأمن، مؤكدين أنه يمثل الدعامة الأساسية لكل نمو سوي.

وترقي الشخصية لدى الطفل لا يتم إلا إذا تحقق له (على التوالي) أولاً الشعور بالأمن، ثم القدرة على تقييم الذات وأخيراً عملية الاستقلال الذاتي.

والملاحظ أنه حينما يعمد الأبوان إلى إظهار الكثير من قطاع الجزع، والقلق، واللهفة حول صحة الطفل، وحياته، ومستقبله، فإن هذا السلوك قد يسبب في

توليد عقدة الخوف، والقلق، وعدم الطمأنينة في نفس الطفل، وليس من شك في أن الوالدين حينما يبسطون مشكلاتهم العائلية والاقتصادية على مسامع أطفالهم الصغار، أو حينما يبالغون في وصف خطورة الأحداث السياسية والحربية التي تجتازها مجتمعاتهم، فإنهم بذلك يهمون في بث روح الذعر والخوف وعدم الاطمئنان في نفوس أبنائهم، فيفقد الطفل ثقته بنفسه وبالآخرين، ويزداد اضطرابه الوجداني، كثيراً ما يكونان من جملة الأعراض المرضية التي يزرعها الآباء في نفوس أبنائهم حينما يجتثون مشاعر الأمن والاطمئنان من نفوس أبنائهم. (كيال، 1983)

6- عقدة البتر: حينما يتحدث علماء النفس المعاصرون عن (عقد البتر) أو (الأخطاء)، فإنهم قد لا يقصدون اليوم بهذا التعبير ما كان يقصده فرويد، بل هم يعنون صعوبة تأكيد الذات بطريقة شخصية مستقلة تحمل طابع المسؤولية، مما هو في العادة نتيجة لتأثير سيء من قبل البيئة (وخصوصاً من جانب الوالدين)، بحيث يصبح الشاب (أو الفتاة) عاجزاً (أو عاجزة) عن شق طريقه (أو طريقها) في الحياة.

(الأسلوب البتري) في التربية هو أسلوب خطير يقوم على الوقوف في سبيل نمو الطفل، والحيلولة دون استقلاله الذاتي، والعمل على إعاقته، وعن تأكيده ذاته، وبالتالي شق طريقة الخاص في الحياة، ويدخل في هذا الباب كل ما يقوم به الآباء والأمهات من تصرفات قد يكون من شأنها استبقاء أبنائهم في مرحلة الطفولة، خصوصاً حين يكون الآباء في سن متقدمة، أو حينما يعبرون في سلوكهم عن مبدأ (عبارة الطفل) أو حينما يكونون بإزاء (طفل وحيد).

وهنا نجد الآباء ينمون في نفوس أبنائهم روح (الاعتماد على الوالدين) خوفاً عليهم من المستقبل، فلا تلبث مخاوفهم أن تنتقل إلى نفوس الأبناء، وعندئذ قد يشعر الطفل بالقلق والخوف من (النمو) (أو البلوغ) لدرجة أنه قد لا يجد في نفسه أي استعداد لترك الملاذ العائلي الذي يحميه! (كيال، 1993)

الصحة النفسية للطفل وأساليب التربية:

إن تكّون شخصية الفرد ناتج بدرجة كبيرة من عمليات التعلم التي يمر بها خلال تفاعله مع البيئة خاصة في فترات الطفولة والشباب، حيث تزداد القابلية للتعلم أثناء مراحل النمو الأولى.

فالطفل – وحتى الفرد البالغ- يحابي ويقلد ويتوحد مع شخصيات المحيطين به.

أنت مسؤول عن تعلم ابنك ، بل وكل ما له علاقة ذات استمرارية معك سلوكيات- مثل النظام والمسؤولية والاستهتار والاعتمادية – الاتزان والاندفاع والحماقة.

- فالآباء الذين يشكون من جحود أبنائهم أو عصيانهم سيجدون أنهم يعلموا أبناءهم عادة الشكر والتقدير واحترام الغير، الطفل الصغير إذا لم يتعلم أن يبدي شكر وامتنان على الفعل وبالتعبير اللفظي الواضح، عند كل مساعدة يحصل عليها ينشأ جاحداً غير شاكر – وغير مقدر لعطاء الآخرين.
- والطفل الاعتمادي المدلل الذي تعود أن يحصل بسهولة على كل شيء ينشأ ضعيف الشخصية عاجزاً عن الكفاح من أجل تحقيق أحلامه وأهدافه.
- والطفل الذي يرى والده لا يهتم بتقدير الآخرين والاهتمام بأمورهم ينشأ أنانياً ونرجسياً يعشق ذاته ولا يحب سواها.
- الآباء الذين يشكون من استهتار وفوضوية الأبناء نجدهم مقصرين في تعليم أبنائهم منذ الصغر النظام والالتزام وتحمل المسؤولية.

فيجب أن يتعلم الطفل منذ الصغر أن يرتب سريره وملابسه وغرفته وكتبه وأن ينظم يومه وساعات دراسته ولعبه.

- كذلك فإن الشكوى الدائمة من الأبناء لا تعفي سلوكهم.
- كما إن الإسراف في النصائح والتوجيهات أمر ممل وغير محبب بل وغير مجد في كثير من الأحيان ولكن السلوك العملي المنظم افضل، وعليك أن تدرك تغيير

السلوك أمر ممكن، وان سلوك الإنسان يمكن تعديله أو تشكيلة أو صقله وذلك عن طريق الأساليب العلمية السليمة .. من أهمها تقديم القدوة الحسنه والنموذج الجيد لمحاكاته والتوحد معه، ثم استخدام أسلوب التعزيز والمكافأة والتشجيع والدعم.

أما التغيير في السلوك الناتج عن العقاب أو النقد والتقريع لا يستمر طويلاً يجب أن نعلم أن الابن يتعلم من رؤية كيف يتصرف والده في المواقف المختلفة أكثر مما يتعلم من خلال نصائحهم وتوجهاتهم ، فيجب ألا تنفعل باستمرار أمام أبنائك لأن ذلك السلوك يتعلمه الأبناء كأسلوب في الحياة، حيث يصبح الانفعال والطرق الغير عقلانية في مواجهة المشاكل عادة سيئة هدامة.

كما يجب عليك أن تلحظ أية لمحه إيجابية تصدر من طفلك فتشجعه عليها وتعبر له عن سرورك وامتنانك لما صدر منه من سلوك حسن مرغوب.

فالحنان والحب والتقدير والتشجيع لهم فعل السحر في تغيير سلوك الفرد إلى الأفضل.

أما إذا صدر منه سلوك غير مرغوب أو تصرف سيء فما عليك إلا أن تتجاهله وبحزم وبدون توتر أو انفعال كما يجب أن تعلم أن أساليب تعديل السلوك تحتاج لفترات طويلة من الصبر واليقظة، فهو يحتاج من (2-6) شهور في المتوسط.
www.rameztiaha. net

وقد تم توضيح تفاصيل اخرى في الفصل الثاني من خلال خبرات التعلم وأساليب التنشئة الاجتماعية، كذلك سيتم التفصيل أكثر في الفصل العاشر.



٦

الفصل السادس

مشكلات الحياة النفسية وأثرها في الصحة النفسية



مشكلات الحياة النفسية وأثرها في الصحة النفسية

الصحة النفسية حالة ثابتة نسبياً من الإيجابية والشعور بالتوافق والتكيف والرضا.. الخ، والنسبية هذه ترجع إلى أن البشر يواجهون في حياتهم اليومية العديد من المواقف التي يترتب عليها - بناء على إدراكات البشر وتغيراتهم - مشاعر سلبية أو حالة من عدم الارتياح، والمتأمل في ظروفنا المعاصرة أو المدقق للضغوطات النفسية والاجتماعية والمادية التي نعيشها، يدرك معنى أن يمر الناس العاديين والأسوياء بفترات من الضيق وعدم الارتياح.

وهنا نتناول بعض المشكلات التي تواجه الجميع في حياتهم اليومية، وهي ليست بالأمر السيىء أو الشاذ، لكن سوء التعامل معها، وشدتها هو الأمر غير الصحي، فكلنا مررنا بالإحباط، والقلق ومررنا بصراعات عديدة، إذن هناك بعض العقبات، وسواء كان مصدر العقبات الفرد نفسه أو المحيط الذي يعش فيه وأدت إلى فشل الفرد في إشباع حاجاته، يشعر وقتها بالإحباط والصراع والقلق.

أولاً: الإحباط Frustration :

يعرف الإحباط بأنه عملية تتضمن إدراك الفرد ما يعيق إشباع حاجة له، أو توقع حدوث هذا العائق في المستقبل، مع تعرض الفرد من جراء ذلك لنوع من أنواع التهديد. (العناني، 2005)

حيثما تستثار الدوافع بواسطة منبهات داخلية أو خارجية ينشأ نتيجة لذلك توترات، إما فسيولوجية أو سيكولوجية حسب نوع الدافع عضوياً كان أم سيكولوجياً، وهكذا تعمل الأجهزة الداخلية للكائن الحي وهي المصادر الفطرية الدائمة للسلوك، ويتجه النشاط نحو بواعث أو غايات لها ارتباط بالحاجات أو الدوافع المثارة. (المليجي، 2000)

مثال: درس عبد العزيز لامتحـان اللغـة الانجليزيـة بشـكل جيـد، وتوقـع علامة مرتفعة، وعندما قدم الامتحان وأعلنت النتائج جاءت نتيجته مخيبة للآمال فاصيب بحالة من الإحباط... (غيث، 2006).

تحليل الإحباط: إذا حللنا الإحباط فسنجد أن الفـرد المحبط لديـه حاجـة لم تشبع لوجود عائق يمنع إشباع الحاجة وتحقـق الفـرد لأهدافـه، والعـائق **يمكـن أن يكون:**

1- قد يكون الإحباط داخليا او خارجيا.

أ. **داخليا:** ينبع من صفات الفرد الداخلية وقضايا لهـا علاقـة بـذات الفـرد مثـل قيمته ومعتقداته التي تمنعه من إشباع حاجاتـه، وقـد تكـون أمراضـا أو عاهـة لديه، أو أفكارا يعتقد بها ويؤمن بها، فقد يرغب فرد مـا بـأن يصبـح نجمـا في عالم الغناء ولكنه لا يمتلك صوتا جميلا!

فالإحباط الداخلي يعتمد على عدة عوامل منها:

أ) قوة الدافع لدى الفرد.

ب) طول المدة.

جـ) عدم القدرة على حله. (شعبان وتيم،1999)

ب. خارجيا: فهناك عدة عوائق خارجية ومنها:

- اقتصادية: مثل فقدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسـمح بشـراء مـا هـو مرغوب فيه.
- مادية: مثل البعد الجغرافي.
- ثقافة المجتمع: مثل القواعد والقوانين والحواجز الاجتماعيـة واتجاهـات التحيز والتعصب لدى الناس.
- مهنية: مثل ظروف العمل، لوازم الانتاج، والعلاقات بين العاملين.

2- قد يكون الإحباط خاصا بفرد معين (اثر مروره بخبره سلبية كان يرسب

الشخص في الامتحان رغم استعداده له).

وقد يكون الإحباط يشمل مجموعة صغيرة أو كبيرة من الأفراد، مثلاً أن يولد طفل يعاني من إعاقة عقلية، فالأسرة هنا تشعر بالإحباط، مثل:

- أن يتعرض بلد ما للغزو ويهزم فتسود حالة عامة من مشاعر الإحباط.
- الإحباط أمر نسبي، يختلف الأفراد في تأثرهم بالمواقف الاحباطيه، فقد يرى فرد ما موقف عنصر إحباط شديد القوه، بينما يراه آخر عديم القوة، وقد يمنح ثالثاً شعوراً بالرضا.
- يعتمد إدراك الفرد للموقف الإحباطي على عدة عوامل منها دوافع الفرد وقوتها وطول مدة إعاقتها، فالإحباط الشديد يحدث نتيجة لدافع قوى مع عدم قدرة الفرد على إشباعه، وحين تطول المدة يشتد الإحباط، وهو يعتمد من ناحية أخرى على ثقة الفرد بنفسه (غيث، 2006).

فثقة الفرد بنفسه وبالمحيط الثقافي الذي يعيش فيه من العوامل المؤثرة على إحباط الفرد، فالإنسان الذي تمكنه ظروفه وإمكاناته من التغلب على ما يصادفه من عقبات والتي أتاحت له إرضاء دوافعه، يحرز قدراً كبيراً من الثقة بالنفس، وستكون نظرته إلى المواقف المختلفة متفائلة ويشعر بالرضا، بعكس الفرد الذي فشل في كثير من المواقف.

فالمحيط الذي يسودهُ الأمان الاقتصادي والعدالة الاجتماعية والحرية السياسية يمنح أفراده شعوراً بالثقة في محيطهم وقوة لمواجهة المواقف الإحباطية والانتصار عليها.

يضاف لذلك إن إدراك الفرد للموقف الاحباطي يعتمد على مجموعة القيم الأخلاقية التي يحتويها الأنا الأعلى، وذلك أن هذه القيم قد تقف عائقاً أمام إشباع حاجة معينة لدى الفرد، ولكن هذا الفرد قد لا يشعر بالإحباط الشديد (غيث، 2006).

أنواع الإحباط:

يأخذ الإحباط عدداً من الأشكال تختلف فيما بينها من حيث الشدة ومقدار التهديد الذي يصيب الذات، كما يختلف من حيث المصدر الذي تأتي منه العوائق، وقد كان هذا الاختلاف موضوع دراسة مفصلة قام بها روزنزويج (Rosenzweig, 1994) كانت أساساً لنظرية في الإحباط وتصنيف أشكاله، ومن أشكال الإحباط ما يلي:-

1- **الإحباط الأولي:** يتضمن شعور الفرد بالحاجة مع عدم وجود ما يحقق إشباع هذه الحاجة.

مثال: 1.

ترغب الفتاة بدراسة الطب إلا أن المعدل الذي حصلت عليه في الثانوية العامة لا يؤهلها لدراسة الطب.

مثال: 2.

عطش التائه في الصحراء والماء غير موجود.

2- **الإحباط الثانوي:** يتضمن وجود الحاجة ووجود الشيء اللازم لإشباعها ولكن هناك عائق يحول دون ذلك.

مثال: 1.

أن يكون الفرد نعساناً، والفراش موجود إلا أن عنده زوار جاءوا فجأة في المساء.

مثال: 2.

قد يشعر الفرد بالعطش والماء قريب لكن هناك شيء آخر يمنعه عنه.

3- **الإحباط الإيجابي:** وينتج عن وجود عائق يرافقه تهديد قوي يحول دون إشباع حاجة ملحة.

مثال:

رجل يرغب في الخروج من بيته لشراء حاجة ملحة لكن دوي الرصاص يمنعه من ذلك.

4- **الإحباط السلبي:** ينتج عن وجود عائق لا يرافقه تهديد قوي يحول دون تحقيق الحاجة.

مثال: 1.

أن فتاة ترغب بشراء فستان ولكنها تعزف عن ذلك.

مثال: 2.

حالة زوجين مر على زواجهما عشر سنوات دون أن ينجبا طفلا، وهما محبطان لأجل ذلك، إذا نجم عن حالة الإحباط خلافات مستمرة وشعور بعدم الاستقرار وربما الانفصال فإننا نصف الإحباط بأنه مؤثر وفعال ولذا إيجابي، في حين لو بقيت علاقتهما طيبة رغم عدم الإنجاب فإن الإحباط هنا لا يكون له أثر لذا يوصف على أنه سلبي.

5- **الإحباط الداخلي للشخص:** ينبع من صفات الفرد الشخصية مثل وجود عاهات أو أمراض.

6- **الإحباط الخارجي البيئي:** ينبع من البيئة المحيطة بالفرد مثل الفقر أو التقاليد الاجتماعية. (العناني، 2005)

آثار الإحباط :

الإحباط ظاهرة عالية وكثيرة الحدوث في حياتنا، وعندما نحاول الحديث عن آثاره فإننا نتساءل عما حدث لدوافع الفرد من جهة، وعما طرأ على سلوكه من تعديل لمواجهة الموقف الإحباطي من جهة أخرى (غيث، 2006).

وعملية التكيف تتضمن دافعا يستثير السلوك مع وجود عائق يمنع الفرد من الاستجابة المباشرة (إحباط) كما يتضمن قيام الفرد بعدة محاولات بهدف

الوصول إلى الاستجابة الصحيحة، وقد يصل الفرد إليها، ويشعر بالرضا، وقد لا يحدث ذلك، وعندها قد يكرر المحاولات من أجل الوصول إلى الهدف، وقد يشعر باليأس والقنوط، ويختلف الأفراد في مواجهتهم للمواقف الإحباطية كما سبق وأن ذكرنا..وبذا يترك الإحباط آثاراً مهمة في الشخص وفي علاقته الاجتماعية، **ويمكن أن نوضح ذلك من خلال ما يلي:**

1- **الإحباط والدوافع:** يمكن أن نتكلم عن تأثير الدوافع على الإحباط، وعن تأثير الإحباط على دوافع الفرد، بالنسبة لتأثير الدوافع على الإحباط نجد أنه تتأثر شدة الإحباط بقوة الدافع المحبط، فكلما زادت قوة وأهمية الدافع المحبط، كلما زادت درجة الإحباط الناجمة عن عدم إشباع الدافع وتحقيق الحاجة لدى الفرد، والعكس صحيح.

أما عندما نتحدث عن تأثير الإحباط على الدوافع فيمكن أن نجد تأثيرين مختلفين، فقد يؤدي الإحباط إلى إضعاف الدوافع فالطالب الذي درس في امتحانات الفصل الأول من الثانوية العامة بشكل جيد وحقق معدلات متواضعة لا يرضى عنه يمكن أن يصاب بدرجة عالية من الإحباط يترتب عليها انخفاض دافعيته للدراسة خلال الفصل الثاني، من ناحية أخرى قد تؤدي حالة الاحباط السابقة عند فرد آخر إلى تقوية الدافع لديه بدلاً من إخفاقها، (نفس الحالة السابقة قد تكون ردة فعل طالب آخر أن يصمم على أن يدرس أكثر ويندفع بقوة نحو تحسين معدله بمزيد من المثابرة) (غيث، 2006) .

2- **الإحباط العدوان:** إن العدوان ليس غريزة لكنه سلوك قد يستوطن في أعماق الإنسان اللاشعورية ليصبح تطبعاً سلوكياً، تساعد ذلك الأجواء التربوية والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي يمر بها فيتحول الإحباط الناشئ من كل ذلك على نحو متراكم، ويرى علماء النفس أن الإحباط سبباً في نشوء العنف والعدوان، عندما تنزع الذات إلى إبعاد هذه الحالة المؤلمة، والتخلص من الضغوطات المصاحبة،ويأخذ العدوان نوعاً من السلوك الدفاعي عن الذات في سبيل التخلص من تلك الضغوط.

وإن العدوان دائماً نتيجة للإحباط، فحدوث السلوك العدواني نتيجة الإحباط، والعكس صحيح أيضاً أي أن وجود الإحباط يؤدي إلى أشكال العدوان، ولكن حينما يحدث إحباط، فإن نوعاً من أنواع العدوان وبدرجة ما من درجاته سوف ينتج لا محالة، وقد يتبع الإحباط مباشرة، لدى كثير من البالغين بل وفي الأطفال (ميلر 1986).

ولا يظهر الفرد دائماً استجاباته العدوانية بل قد يكبتها ويخفيها، ومن الشائع في المواقف الإحباطية أن يهاجم الفرد مباشرة الأشياء أو الأشخاص الذين هم مصدر إحباط، ومثال ذلك الطفل الذي يعتدي على زميل له بالضرب لأنه منعة من اللعب بدراجته، ويتأثر الطفل بنوعية البيئة التي يعيش فيها في إظهار مشاعره العدوانية بصورة مباشرة أو غير مباشرة. (العناني، 2005)

وقد يوجه الفرد عداءه نحو الداخل أي نحو ذاته ويعتبر هذا النوع من العدوان الموجه نحو الذات أشد خطورة على الصحة النفسية للفرد مقارنة بالعدوان الموجه نحو الخارج والآخرين. (غيث، 2006)

ومن وجهة نظر الصحة النفسية يعد من الخطأ كبت مشاعر العدوانية، لأن الكبت يؤدي إلى القلق والعصاب، وهناك بعض القنوات المعترف بها اجتماعياً تساعد في تصريف مشاعر العدوان منها المهارات الرياضية والرسوم والعمل المسرحي.. ويحول التعبير عن العدوان نتيجة الاحباط دون ظهور أساليب أخرى غير عدوانية كما أن تفريغ الطاقة النفسية من خلال العدوان يمنع حدوث العدوان في صور أخرى (الرفاعي، 1982).

كل الأولويات الدفاعية لا تمكن الإنسان المقهور من حل مأزقه الوجودي بشكل ملائم يرد إليه توازنه النفسي، فهي في معظمها لا تتصدى للواقع، بل تتراوح ما بين الهروب منه (الانكفاء على الذات)، والهروب منه (التماهي والمتسلط)، والعيش في وهم السيطرة عليه.

فإذا كانت تحمل حلولاً جزئية لذلك المأزق، فإنها لا تجنب المرء تراكم التوتر النفسي، وتفاقم الحقد الداخلي الذي يهدد بالانفجار.

ويتناسب كبح أي عمل عدواني تناسبا طرديا مع قوة العقاب المتوقع نتيجة التعبير عن ذلك العمل.

وتتناسب قوة التحريض على العدوان ضررا مع مقدار الإحباط، والتفاوت في مقدار الإحباط يتأتي من عوامل ثلاثة:

1- **قوة التحريض على الاستجابة المحبطة**: سحب الطعام من أمام كلب جائع يؤدي إلى زمجرة وتكشير عن الأنياب أكثر من عملية سحب مشابهة من أمام كلب شبعان.

2- **درجة الإعاقة التي أحبطت الاستجابة**: احتمال أن يلقى مستخدم جعل رب عمله المشغول ينتظر بلا عمل مدة ثلاثين دقيقة عقابا أشد بكثير مما هي عليه الحال إذا ما جعله ينتظر ثلاث دقائق فقط.

3- **عدد سلاسل الردود المحبطة**: إضافة إلى الاختلافات في قوة أي إحباط، فإن كمية أو قوة الاستجابة العدوانية تتوقف جزئيا على مقدار التحريض المتبقي من الإحباطات السابقة أو المتزامنة والتي يعد التحريض محصلة لها في إثارته للاستجابة قيد المشاهدة، فالعامل الزمني ذو أهمية كبيرة. (ميلر، 1986)

3- **الإحباط وآليات الدفاع (وسائل الدفاع الأولية)**:يمكن أن ينجم عن الإحباط لجوء الفرد لاستخدام آليات الدفاع عن الأنا ضد المواقف المؤلمة والمحبطة.

قد يرتد الفرد بتأثير إحباط حاضر إلى سلوك قديم، إذ يعود إلى مرحلة نمو سابقة آملا في أن يجد في السلوك القديم حلا للصعوبة التي تواجهه، فالزوجة التي تفشل في الحصول على حب زوجها قد تلجأ إلى البكاء على صدر والدتها، فهذه الزوجة لجأت إلى وسيلة من وسائل الدفاع وهي النكوص أو الارتداد، لكي تواجه الإحباط والفشل.

على الرغم من أن السلوك النكوصي الذي يلجأ إليه الفرد أثر الإحباط سلوك طفولي، إلا أنه يقلل من التوتر لديه، وقد يقود الإحباط إلى العديد من وسائل الدفاع الأولية فهناك التقمص، الإنكار، الكبت التعويض.. (العناني، 2005).

4-الإحباط والاستسلام: قد ينتهي الإحباط إلى الاستسلام، تكون حين يكون آثار الإحباط شديدة ويضعف الدافع بشكل ملحوظ عند الفرد، هنا يشعر الفرد أن المحاولات للتغلب على العوائق والصعوبات تصبح بلا جدوى، فيكف عن المحاولة ويعلن فشله ويحس بالضغوط واليأس ويتقبل الآثار والنتائج بضعف واستكانة.

وفي حالة الاستسلام يشعر الفرد أن المحاولات المبذولة للتغلب على الصعوبات أصبحت غير مجدية، وعليه أن يتحمل آثار الفشل، وهنا يمثل الشخص إلى الاكتئاب والإنغلاق الذهني. (غيث، 2006)

ثانياً: الصراع

يعرف الصراع بأنه حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً، أو نوعين من الدوافع، ويكون كل منهما قائماً لديه، وهذه الحالة من الممكن أن تؤدي إلى القلق والاضطراب.

ويعتبر الصراع أحد أهم مصادر الإحباط، وحياتنا اليومية تزخر بالعديد من الأمثلة على الحالات الصراعية التي نمر بها، وفي الأطوار المختلفة، ولا ينجو أحد من الصراعات، إنها القدر العادي لكل فرد، ومنها قد يحرك بعض الأفراد نحو انجازات من الدرجة الأولى بينما تلقي بآخرين في أعماق يأس مطبق.

تحليل الصراع: يحتل الصراع أهمية كبيرة بالنسبة للمرض النفسي لأنه يعد من العوامل الأساسية المؤدية له (العناني، 2005).

ويمكن القول أن الكثير من حالات الصراع تنشأ بسبب ما يضعه المجتمع من عراقيل في وجه العديد من الدوافع القوية التي يحملها الأفراد معهم.

ولعل ظاهرة الازدواج التي يعايشها الشباب في مختلف أنحاء المجتمع من أبرز عوامل الصراع النفسي عند الشباب، إذ أنهم يعايشون الازدواج في القدوة وفي التعليم وفي طرح الأفكار والقيم، وفي جميع الحقول التي تساهم في تكوين شخصية الشاب وحبك نسيجه الفكري.

فالشاب يتلقى في المدرسة أنواعاً متقاربة ومتناقضة من القيم والآراء من قبل الأساتذة والمعلمين المتناقضين في قيمهم وأفكارهم واتجاهاتهم، والتي تجمع في ذهنه ونفسه وتعوق لديه التفكير وتضعف لديه التمحيص للتوصل إلى قناعات حقيقية وآراء ناضجة حول مواقف الحياة وقضايا المجتمع. وعندما يواصل الشباب الاتصال بالمجتمع عبر الصحافة أو الإذاعة أو التلفاز فإنه يسمع منها أو يقرأ أو يشاهد الكثير من مواقف وآراء تنطوي على المثل العليا والقيم السامية كالحض على مكارم الأخلاق وسلوك طريق الفضيلة والمناداة بالحرية والانطلاق والتجديد. ولكن يشاهد على أرض الواقع ويلمس مفاسد الأخلاق وتجاهل الفضائل والكبت وتقييد الحرية، وعدم إحترام الرأي الآخر، والتمسك بالتقليدي والقديم والمعتاد.

في ظل هذه الظروف يعجز الشاب عن أن يقتدي أو يقتبس أو يتمثل، ويعجز المجتمع في الوقت نفسه على أن يساعد الشباب على الاقتداء والأخذ والتمثيل بما يشكل لدى الشباب خلفية ذهنية متماسكة ومواقف حياتية صائبة ترضى عنها نفسه، ويرتاح لها ضميره.

ومن هنا تنمو روح التمرد في نفس الشباب التي لا تدين بالولاء ولا تبادل المجتمع الحب، ولا تحترم توجهاته، ولا تتقيد بضوابطه، وتتعمق لديها نتيجة ذلك الإنسانية وتعزز الفردية، وربما يبيح للغريزة أن تنطلق من عقالها، بعد أن ضعفت لدى الشاب قوته الفكرية وضوابطه العقلية. (الغرايبة، 2007)

أن للإنسان الراشد رغبات كثيرة، وبعض هذه الرغبات صعب التحقيق، والحياة فيها قيود وموانع تقف في وجه الكثير من رغباتها فتحبطها وتمنع تحقيقها، وبذلك تضفي عليها أهمية لم تكن لتكون لها لو أنها تحققت، وإن تحقيق الرغبة قضاء عليها. من هنا كان إحباط الرغبات المؤدية إلى الصراع النفسي، الخفيف، أو العنيف...

إذن ينتج الصراع عندما تتعارض أهداف الفرد بعضها البعض مما يولد الإحباط. لأن تحقيق هدف معين يعني الفشل في تحقيق الآخر، وخاصة عندما لا

يكون هناك حل مرض من للصراع، وما دام الفرد ملتزما بتحقيق أهدافه معا، ومن جانب آخر، فالتهديد ينشأ من الصراع، وهو تخمين الفرد بحدوث الضرر، إما لقيمه أو لأهدافه ذات الأهمية بالنسبة له.

فالضرر يشمل: الضرر الجسدي، أو النفسي أو الاجتماعي، وإن شدة التهديد تعتمد على شعور الفرد بقدرته على التعامل مع الضرر الذي قد يحدث. فإذا شعر الفرد بأنه قادر على التعامل مع الضرر أو تجنب الضرر، فإنه التهديد بالنسبة له سيكون أقل، ولكن إذا شعر بأنه غير قادر على السيطرة على الموقف، فإن التهديد سيكون شديدا (حسن، 2006).

ومما لا شك فيه أن الشخص في حالة تفاعل مستمر مع المحيط، وهناك أشياء في هذا المحيط تجذبه وأخرى يرغب في الابتعاد عنها، فموقف الفرد هنا هو محيطه تتحكم فيه مجموعة القوى بعضها جاذب إلى ... وبعضها دافع عن...، ولكنها ليست متساوية في قوتها، لذا ترى الفرد في موقف صراع حين تتجاذبه هذه القوى، وقد يتقضى الصراع حين يستطيع الفرد التكيف معها، وقد يستمر الصراع فيؤدي إلى مزيد من التوتر والاضطراب.

إن الكثير من حالات الصراع التي تمر بها شعوري ولكن بعضها يبقى في مستوى اللاشعور، ونستدل على الصراع اللاشعوري حين يتصرف تصرفا يبدو في الظاهر غريبا ولا نجد له تفسيرا واضحا حين نفحصه. (العناني، 2005)

موانع الصراع النفسي:

1- موانع المحيط الذي تكون فيه، ومنها الموانع الطبيعية، ومنها الموانع الاجتماعية، مواقف الأهل والأصدقاء وتقاليد المجتمع...

2- العيوب الشخصية.

3- الحوافز المتضاربة. (كيال، 1993)

تحلل الشخصية: في هذه الحالة تتحلل الشخصية ويظهر الصراع في عدة اتجاهات تتعارض أو لا تتوافق الأنماط السلوكية في الأخرى، ومن الأمثلة

البسيطة على هذه الحالة الأب الذي يربي أولاده على المثالية، وهو تاجر غشاش، وتظهر الحالة المرضية إذا لم يستطيع الفرد التوافق مع دوره في المواقف المختلفة ودون صراع نفسي.

تأخذ الاستجابة عدة حالات (فقدان الذاكرة أو الشرود) و(وتعدد الشخصية)، ففي حالة فقدان الذاكرة وهي حالة هروب من الذات للتخلص من موقف صراع نفسي شديد محبط بالشخص وهو النسيان المؤقت وليس مستديماً قد يستمر ساعات أو أيام أو أسابيع يعود بعدها الفرد لحالته الطبيعية مع نسيان ما قد حدث في أثناء فترة فقدان الذاكرة.

أما الشرود فهو فقدان ذاكره قد يمتد إلى السنوات وقد ينتقل الفرد خلالها إلى بيئة أو محيط جديد بعيداً عن مواقف الصراع ومصدره، وقد ترجع الحالة إلى السواء بعد علاج مستمر لفترة طويلة نوعا ما.

إما في حالة تعدد الشخصية فهي حالة مألوفة وخصوصاً في الأدب الخيالي (الجسماني،1994).

الصراع والتوافق:

الصراع النفسي في الطفولة هو السبب لسوء التوافق، ويعتبر من أهم مصادر الإحباط ويخلف آثاراً وندوباً عميقة في نفسية الطفل، وقد أشارت دراسات وأبحاث عديدة إلى أن الصراعات النفسية العنيفة التي لم تحل في الطفولة تؤدي إلى تغيرات خطيرة في الشخصية تجعل التوافق في المستقبل أكثر مشقة وعسراً.

ففي التوافق السوي يسعى الطفل إلى إشباع حاجات وإرضاء دوافعه، أما في التوافق غير السوي فان دوافع الطفل لا يكون إشباع الحاجات بقدر ما هو الحاجة إلى خفض القلق، فالسلوك غير السوي ينزع إلى خفض القلق الناتج عن صراع لدى الفرد.

لهذا نجد الأطفال الذين يعانون من الصراعات، وخاصة التي تنتج عن الإحباط، يصبحون مسرفين في الانفعال، إلى درجة أنهم يفقدون الضبط العقلي لسلوكهم، ولا يجدون بدأ له من معاملتهم بأساليب مؤلمة قاسية مؤذية، لا يخلو من خطر نفسي وبدني وتؤدي إلى حيث يرى بعضهم أن العقاب البدني الموجه نحو الطفل تتولد عنه مشاعر عدوانية نحو الوالدين والأب بشكل خاص، وقد تتحول المشاعر بمرور الزمن، فيسقط الطفل - بعد أن يصبح كبيراً- ودوافعه ضد المجتمع وضد أشكال السلطة فيه، ويرى آخرون أن هذا العقاب ينتج عنه قصور في علاقة الطفل ببيئته، وعند كبره يصبح سلوكه عدوانياً يلجأ إلى العنف كلما أتيحت له الفرصة. (مهداد، 2000)

وفقاً لإدلر (Adler) الصراعات التي تستدعي انتباه الطبيب العام وطبيب الأمراض النفسية **تتمركز حول ثلاثة جوانب هامة من الحياة:**

1- المكانة الاجتماعية.

2- المهنة.

3- الحياة الجنسية.

والصراعات عبارة عن ضروب متنوعة من أساليب التوافق مع هذه الجوانب الثلاثة.

والعوامل المتنازعة في الصراعات توجد عادة بين الدوافع التالية:

1- دافع الهرب.

2- الرغبة في الحب.

3- الرغبة في رضا الآخرين.

4- الرغبة في الرضا عن الذات.

5- الرغبة في السيطرة.

6- الرغبة في الجنس. (المليجي، 2000)

الصراعات اللاشعورية:

أحيانا يوجد تصارع بين دافعين أو أكثر دون تسمية لفظية، فتنشأ معركة حامية دون ان يعرف الفرد الأطراف المتنازعة، أنه يفطن فقط إلى التوتر الناجم وإلى بعض نتائجه، وبهذا يخرج الأمر كله على الضبط الإرادي ولا يخضع لسيطرة الفرد، وقد يقوم الفرد بأفعال تبدو غريبة بالنسبة له.

-**مثال (1):** يجد الفرد نفسه مضطرا إلى عد طوابق العمارة الشاهقة بينما يقود سيارته، ويحجز الطريق مغلقا خلفه حتى ينتهي من العد، وقد يخجله هذا السلوك الشاذ أو قد يؤدي إلى المشكلات في التوافق مع الآخرين.

- **مثال (2):** يجد الفرد نفسه مضطرا إلى أن يمر ببصره حول محيطات الأشياء التي يمر عليها، وربما يجد أن طاقته العقلية قد استنفذت دون طائل ويصبح غير قادر على اتخاذ حتى أبسط القرارات في أي عمل يقوم به. (المليجي، 2000)

-**مثال (3):** عند تحليل حالة من الخلاف بين الزوجين وجد أن الزوج يحمل في لا شعوره النزوع إلى (زوجة أم) ترعاه، ونجده في الوقت نفسه متأثرا بنزوعه إلى الاستقلال، وتأثير مكانة الزوج كما يقرها مجتمعه، أما الزوجة فهي تعامله على أساس أنها (الزوجة الأم) وهي تعيش في سلام وطمأنينة طالما أن سلوكها منسجم مع دوافعها، لكن الزوج يمر في صراع تجاه ذلك السلوك، ويكون صراعه اللاشعوري العامل الرئيسي وراء تلك المظاهر من الخلاف في الحياة الزوجية مما لا يجد له في شعوره تفسيرا واضحا.

والصراع اللاشعوري ذو مكانة كبيرة في مجال التحليل النفسي، فعن طريق دراسته وتحليله يمكن الوقوف على أسباب العديد من المظاهر المرضية فيسهل بالتالي تقديم العلاج المناسب. (العناني، 2005)

أنواع الصراع :

يمكن أن نجد تصنيفات متنوعة للصراعات تبعا للمعيار المستخدم في التصنيف، وهنا يمكن أن نقسم الصراعات على أساس الانجذاب أو النفور من شيء معين وهو ما يطلق عليه اسم (الإقدام مقابل الإحجام) **إلى الأنواع الأربعة التالية لتقسيم كيرت ليفين.**

1- **صراع إقدام – إقدام:** ينشأ نتيجة لوجود موقفين جذابين، والصراع في هذه الحالة لا يستمر مدة طويلة، بل ينتهي حين يقرر الفرد اختيار أحدهما.

مثال (1):

فتاة ترغب في الذهاب إلى حفل زواج صديقة لها، وإلى حفل عيد ميلاد صديقة أخرى، يحدث في الوقت نفسه الذي يحدث فيه الحفل الأول، ولا بد للفتاة أن تختار أحدهما.

مثال (2):

يتقدم لإحدى الفتيات شابان كل منهما لديه مزايا عديدة وعليها أن تفاضل بينهما لتختار أحدهما.

هذه الأمثلة والصراعات لا يترتب عليه مشاعر سلبية عظيمة، صحيح أن الفرد يشعر بالإحباط لأنه خسر شيئا إلا أنه قد كسب هدفا آخر وحققه في نفس الوقت. (العناني، 2005)

2- **صراع الإحجام- إحجام:** ينشأ عن وجود موقفين منفرين، أو بمعنى آخر هو الصراع الناتج عن محاولة الاختيار بين هدفين لكليهما جاذبية سلبية (منفرة).

مثال (1):

الفرد الذي يصاب بمرض سرطان العظم ويلح الأطباء بقطع رجلة اليمنى فهو إن سمح لهم ببترها سيعيش بلا رجل، وستتأثر حياته، وأن رفض وأصر على عدم بترها سينتشر المرض في بقية أجزاء جسمه، لذا فهو محتار للغاية بين الأمرين.

مثال (2):

رجل مسن فقد معظم أسنانه ويخاف الذهاب إلى طبيب الأسنان، فهو إن ذهب لعمل أسنان اصطناعية سيتعرض للألم المزعج، وإن بقي على حاله دون أسنان فسيواجه مشاكل عديدة في الأكل، والنطق والكلام!!

مثال (3):

رجل يقود سيارته بسرعة، يعترض طريقة طفل صغير وعليه أن يتجنب قتله، ولكنه إن فعل ذلك سوف تقع سيارته في الوادي. (غيث،2006)

3- صراع الإقدام والإحجام: هو الصراع الناتج عن الاختيار بين هدفين أحدهما له جاذبية إيجابية والثاني له جاذبية سلبية، أو قد يكون للهدف الواحد الخاصيتان السلبية والإيجابية معا.

مثال (1):

امرأة تحب الحلوى كثيرا، ولكنها لا ترغب في زيادة وزنها.

مثال (2):

ترغب فتاة بالارتباط برجل مقتدر ماديا إلا أنه يكبرها في العمر كثيرا...

ويعد هذا النوع من الصراع أخطر الأنواع من حيث ما يمكن أن يقود إليه من حالات الإحباط والقلق. (غيث، 2006)

4- صراع الإقدام والإحجام المزدوج: أضيف هذا النوع إلى الأنواع الأخرى من الصراع استنادا إلى ما ينطوي عليه من ظهور دوافع جديدة تدعم الإقدام نحو موضوع الصراع أو الإحجام منه، وهو في الواقع نوع من التطور الذي يطرأ على صراع (الإقدام- الإحجام).

إن قليلا ما يكون في الهدف أو الموقف شيء واحد يجذب الفرد إليه وشيء واحد يجعل الفرد ينفر منه، بل عادة ما تجتمع العديد من الأشياء الجاذبة والمنفرة

في الموقف نفسه والهدف الواحد، وكل منها يجذب بدرجة معينة وينفر بدرجة معينة إلى أن تقوى إحداهما على الأخرى.

مثال (1):

شاب يرغب بالارتباط بفتاة لأنه معجب بها (إقدام) وفي الوقت نفسه لا يرضى أهله عن زواجه بها (إحجام)، من ناحية أخرى ترغب الفتاة باستكمال دراستها وهو أمر لا يحبذه (احجام) إلا أن لها أسرة تتمتع بسمعة طيبة وأخلاقيات عالية (إقدام) ... وهكذا تتصارع لدى الفرد عدة قوى من الإحجام والإقدام.

مثال (2):

شاب يرغب في الالتحاق بكلية الطيران، لكنه يخاف أخطار الطائرة (صراع الإقدام والإحجام)، يجد في الدخل العالي الذي يتقاضاه الطيار دافعا جديدا يدعوه إلى الإقدام، ولكن الدافع الجديد لا يقضي على جانب الإحجام بل يقوى ويدعم جانب الإقدام، قد يساعد الدافع الجديد في إيجاد مخرج من الصراع، وقد تزداد المسافة صعوبة إذا ظهر دافع جديد إلى جانب الإحجام. (غيث، 2006)

تصنيف آخر بناءا على نظرة التحليل النفسي لمكونات الشخصية:

يتصور التحليليون الصراع النفسي كمعركة داخلية بين أجهزة الشخصية التي يفرضون وجودها وهو (الهو) بدوافعه الغريزية الجنسية (والانا الأعلى) بدوافع المثل والكمال، (والانا) الذي يرتبط بالواقع الموضوعي ومطالبة.

وهنا نذكر أنواع الصراع فيما يلي:

1- الصراع بين دوافع الهو: يحدث هذا الصراع حين ينطوي الهو على دافعين يسعى كل منهما إلى هدفه، ولا يمكن تحقيق الهدفين معا، مثل دافع الجنس والأمومة، أو الجنس والجوع، والصراع بين رغبة الفرد في الحياة والبقاء، ورغبته في الموت لإنهاء معاناة ما يشعر به.

2- **الصراع بين دوافع الهو والأنا الأعلى:** إن دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد غالبا ما تكون مما لا يمكن التوقف بينها وبين الحاجات الأولية للهو مما يؤدي إلى الصراع بينهما، ففي مرحلة الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته الأولية بطريقة بسيطة مباشرة، لا يقيدها اعتبارات الزمان أو المكان أو الأسلوب، (كما في حالة التبول أو الأكل)، ولكن نتيجة التدريب الأخلاقي يتكون الأنا الأعلى لديه، فتصبح بالتالي أدوات إشباع دوافع الهو غير مقبولة من الأنا الأعلى، وهكذا يبدأ الصراع بين الرغبة في التعبير بالأساليب المباشرة التي تحقق اللذة للطفل، وبين الدوافع النفسية التي تحددها وتوجهها وما يكتسبه الطفل من تدريب وتعلم.

إن الصراع هنا يحدث بين مبدأين مبدأ اللذة (وهو يمثل الدوافع البيولوجية للهو) وبين الكمال (الرقيب على أعمال الفرد وسلوكه).(العناني، 2005)

3- **الصراع بين مكونات الأنا الأعلى:** يحدث أحيانا صراع بين قيمة أخلاقية وأخرى، أو بين واجب وآخر.

مثال(1):

الضابط الذي يلقي القبض على شقيقه المجرم فيحدث عنده صراع بين واجبه نحو عمله والقانون وواجبه نحو أخيه.

مثال (2):

الصراع الذي ينشأ عند الزوج الذي يدب الخلاف بين أمه وزوجته، حيث يعاني من واجبه نحو أمه وواجبه نحو زوجته.

مثال (3):

صراعات الزوج بين واجبه لشخص له طموح عال في البحث العلمي والتدريب الجامعي، وبين واجبه كرفيق لأولاده وشريك لزوجته. (غيث، 2006)

تصنيف ثاني للصراع من حيث التفاعل الذي يتم بين الفرد ومحيطه، نجد هناك ثلاثة أنواع من الصراع هي:

1- **الصراع بين الدوافع الداخلية:** هذا النوع من الصراع يجد تعارضا بين دافع داخلي وآخر داخلي أيضا دون أن يكون للدافع الخارجي أي دور، وتأخذ مثل هذه الصراعات عددا من الأشكال الشعورية واللاشعورية.

مثال (1):

المراهق الذي تتصارع لديه الدوافع اللاشعورية باتجاه تأثير الذات والاستقلال والحاجات اللاشعورية لرعاية واهتمام أهله، وكثيرا ما تكون بؤرة الغضب التي يمر بها نتيجة لتدخل والدته في شؤونه تعبيرا عن صراع من هذا النوع.

مثال (2):

طالب لديه امتحان في يوم الغد نجده في صراع بين حاجته للنوم وحاجته للإنجاز والسهر وإكمال المادة، كما قد تتعارض رغبات الفرد بين شراء منزل وشراء سيارة فاخرة.

2- **الصراع بين دوافع مرتبطة مباشرة بمطالب خارجية:** يحدث أحيانا أن تطلب الأم شيئا تريده لإبنها، وأن يطلب الأب شيئا آخر يريده لإبنه، والطلب الأول يثير دافعا لدى الابن وكذلك الثاني، ولا يكون الأمران في اتجاه واحد، ولا يمكن تحقيقهما معا، وهنا يحدث الصراع ويحتار الإبن فأي الهدفين يختار؟

أيضا قد يحصل طالب الثانوية العامة على معدل يسمح له بالدراسة لتخصص يحبه في جامعة بمكان بعيد عن سكنه، وتخصص آخر لم يفكر فيه في جامعة قريبة من سكنه، أو إن الأسرة تطالب الفرد بسلوكات محددة مثل عدم البقاء خارج المنزل مثلا، وفي نفس الوقت يطالب الأصدقاء ذلك الفرد بالسهر معهم والبقاء عندهم حتى ساعات متأخرة من الليل.

3- **الصراع بين الحاجات الداخلية والمطالب الخارجية:** يكثر أن يمر الأفراد بمثل

هذا النوع من اللوائح الذي تجتمع فيه حاجات أو دوافع داخلية وحاجات أو دوافع تثيرها مطالب خارجة محيطة، ينشأ الصراع نتيجة لوجود دافع داخلي يتطلب إشباعا، ولكن تحقيق ذلك يتعارض مع شروط المحيط، مثلا طفل يريد قطعة حلوى ولكن هناك من يوقع عقابا عليه إن فعل ذلك، أو فرد يرغب في دراسة إدارة الأعمال، وفي نفس الوقت لديه فرص عمل قليلة بعد التخرج، وآخر يرغب في أن يداوم بملابس عادية إلا أن عمله يفرض عليه الزي الرسمي، والطالب الذي يرغب باستكمال دراسته الجامعية ومطالب أهله بالإنفاق عليه بعد رحيل الأب.. (العناني، 2005)

آثار الصراع:

هناك فرص عديدة لظهور الصراع، حيث يعد الصراع شيء مكمل للحياة ومميز لها، ويعتبر تعرض الفرد للصراعات أمرا مألوفا وعاديا وليس شاذا أو مرضيا في كثير من الأحيان، ومع ذلك فإن البشر ليسوا بنفس الكفاءة في درجة حلهم للصراعات، فمنهم من يحل الصراعات بطريقة سريعة كالتنازل والمسايرة أحيانا، والإحباط والاستسلام أحيانا، أو يقبل بالأمر الواقع للتخفيف من أثر المخاطر الناجمة بدرجة عالية من فهم حدود الحياة وخصائصها.

ولذلك نجد أن الصراع يهزنا من الداخل ويدعونا للتعامل معه بطريقة ما، فالناس لا يبقون مكتوفي الأيدي أمامه، إنه قوة محركة ودافعة وله نفس خصائص ووظائف الدافع، وعندما يزداد الصراع ويشتد يفسح المجال لظهور أعراض المرض النفسي. (غيث، 2006)

ومن آثار الإحباط عدة مظاهر:

1- المظهر الحركي للصراع: يتضمن الصراع قوة حركية تدفع الفرد إلى بذل محاولات عديدة بهدف الخلاص أو تفاديه، إنه حالة مؤلمة توحي للفرد بشيء من عدم الانسجام الداخلي وشيء من التهديد لبنيته الشخصية.

2- الصراع والإحباط: ينجم الإحباط عن وجود دافع لم يتم إشباعه وحاجة لم

تحقق، ولما كان هذا الأمر موجودا في حالة الصراع فإنه من المتوقع أن يشعر الفرد بعد حله بالصراع والإحباط، وتزداد درجة الإحباط في حالة اختيار الفرد لدافع أو هدف كان الذي تركه هو الأفضل أو كان الخير فيه أعلى.

وقد يلوم الفرد نفسه ويشعر بالندم، وقد يرضى، أما مسألة حتمية الشعور بالإحباط بعد المرور بالصراع فلا أساس لها من الصحة، قد يمر الفرد بحالة صراع ولا يحبط أو يحبط قليلا تبعا للتفسيرات المعرفية للموقف داخل دماغ الفرد. (غيث، 2006)

إذا كان الإحباط يتضمن وجود عقبات في مواجهة الحاجات فإن الصراع يتضمن وجود دوافع أو أهداف متصارعة متعارضة، لذا فإن الصراع نمط خاص من العقبات التي تسبب الإحباط.

فإذا لبى الفرد حاجة دافع من الدوافع المتعارضة أتى الإحباط نتيجة لعدم إرضاء الدوافع الأخرى، وإذا كان الحيز المتروك كثيرا أمكن فيه للإحباط أن يكون شديدا، وإذا ظهر أن الخطر في الدافع الذي ارتضيناه أشد من الخطر في الدافع الذي أهملنا إرضاءه في صراع من نوع الإحجام والإحجام كثر الندم ولوم الذات، وقد نميل بتأثير الإحباط إلى إلقاء اللوم على الآخرين وعلى الظروف المحيطة بنا.

إذن الصراع والإحباط يؤديان إلى التوتر وعدم الاستقرار، وقد يدفعان الفرد إلى العدوان أو عدم المبالاة أو الانسحاب والاستسلام للأحلام، ولكن إذا تواجد لدى فرد يثق بنفسه ويعرف إمكانياته وإمكانيات المحيط الذي يعيش فيه، فإنهما سوف يدفعانه إلى إيجاد حل معين يخلصه من التوتر ويعيد إليه توازنه النفسي (العناني، 2005).

ثالثا: القلق:

يعرف العصر الذي نعيش فيه بأنه (عصر القلق) ويذكر العديد من الباحثين أن القلق يعد مشكلة.

القلق من أكثر المشكلات النظرية صعوبة في علم النفس، ومن ثم فقد تباينت وجهات النظر فيه تباينا واسعا.

لدى تعرض الفرد للحرمان والفشل يشعر باضطرابات وتوتر، وعندما يحتدم الشعور بالاضطراب ويبلغ حدا كبيرا، وعندما يكون الصراع عنيفا ولا شعوريا يكون القلق في هذه الحالة إشارة تنذر بالخطر، وتجعل الفرد يحاول الدفاع عن نفسه وكيانه المهدد. (العناني، 2005)

يعرف مسمرمان (Masserman) القلق بأنه (حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف، ومعنى ذلك أن القلق ما هو إلا مظهر للعمليات الانفعالية المتداخلة التي تحدث خلال الإحباط والصراع. (غيث، 2006)

وباحث آخر يعرف **القلق**: بأنه إشارة إنذار بكارثة توشك أن تقع وإحساس بالضياع في موقف شديد الدافعية، مع عدم القدرة على التركيز، والعجز عن الوصول إلى حل مثمر، هذا بالإضافة إلى ما يرافق ذلك من مظاهر الاضطراب البدني. (العناني، 2005)

القلق قد يساور كل إنسان يقدم على عمل هام أو تجربة جديدة أو اختراع، والقلق البسيط يستثير طاقات الإنسان الذهنية والبدنية للسعي من أجل الانجاز وتحقيق الأهداف، ولذلك يعتبر القلق أيضا محركا لطاقات حضارية هائلة، إلا أنه عندما يتجاوز الحد المقبول يصبح مصدر ألم وإرهاق لصاحبه.

المظهر الفسيولوجي للقلق: القلق انفعال واضطراب وجداني يتميز بالخوف من المجهول وما هو غامض، وقد ثبت أن القلق عادة ما يكون مصحوبا بأعراض فسيولوجية مثل: الخفقان، والتعرق، جفاف الحلق ،وتوتر العضلات، وارتفاع الضغط، وسرعة جريان الدم وكميته في العضلات، وزيادة حركة الأمعاء والمعدة وانقباضها لما يؤدي إلى الإسهال أو الغثيان أو القيء وتعمق الشهيق والزفير، وزيادة مرات التبول والارتجاف والارتخاء العضلي، واندفاع وتبدل

السكر من الكبد إلى الدورة الدموية، والصداع، توسع حدقة العين، وضيق في الصدر، وشعور بالاختناق. (غيث، 2006)

الأعراض الرئيسية للقلق:

يصف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الخواص الرئيسية للقلق كما يلي:

1- التوتر الحركي كما يدل عليه أن يصبح الفرد قفازا وكابا متحفزا متغيرا فجأة مرتجفا مرتعدا، غير قادر على الاسترخاء.

2- النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي أو المستقل، كما يظهر ذلك في الدوار أو الدوخة، والقلب المتسارع، وزيادة إفراز العرق.

3- يتوقع الشر وترقب ما يخيف، ويتضح ذلك في إجترار الأفكار.

4- التيقظ والتحفز وزيادة الانتباه. (غيث، 2006)

وهناك باحثين حصروا أعراض القلق في الأعراض الجسيمة (الفسيولوجية) وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، واللزمات العصبية الحركية مثل اختلاج الفم، فتل الشارب، مص الإبهام، قضم الأظافر، رمش العينين ..الخ، الصداع المستمر، وتصبب العرق، الشعور بضيق الصدر، والدوار والقيء، واضطراب النوم وكوابيس، وزيادة إفراز الغدد.

هذه الأعراض قد لا يشعر بها الفرد، وفي هذه الحالة يظهر الجسم كأنه يعمل لمواجهة الظروف الجديدة، مثلا تفرز الغدد الأدرينالين مزيدا من الإفرازات في حالة القلق لتنبه الجهاز العصبي كي يستطيع مواجهة الخطر، ولتمد الجسم بمزيد من الطاقة التي تصرف في الحركات المصاحبة للقلق (العناني، 2005).

المؤثرات على شدة القلق:

1-إن الخبرات المؤلمة والخطر المسبب للقلق في الطفولة ترتبط بمستوى القلق.

2- إن درجة القلق تختلف عند البشر وإن شدة القلق يعتمد على الأفكار والمدركات، إن التحكم بالأفكار والمدركات هذه يقلل من القلق وتساعد الناس على التعامل مع الضغوط أيضا.

3- إن مساعدة الإفراد في التحكم في مخاوفهم غالبا ما يقلل من القلق، فإذا أعد المريض للجراحة قبل إجرائها فإنه يتأقلم بسهولة أكثر.

4- آثار القلق على التعلم، إن كثير من الطلبة القلقين يقولون أنهم عجزوا أو تعثروا في الإجابة على الاختبارات ولم يستطيعوا استرجاع المعلومات التي يعرفونها، فالقلق يؤثر في التعلم على مراحل مختلفة.

5- هناك عدد من الوسائل التي قد تساعد الطلاب القلقين على التعامل مع التوتر ومنها الإعداد المسبق للامتحان.

6- هناك تأثير من القلق على الصحة فهو يزيد من إفراز الأدرينالين التي تتلف الأعضاء وتؤدي إلى الآلام في الرأس والأنف وارتفاع درجة الضغط وقرحة المعدة (شعبان وتيم، 1999).

العوامل المرتبطة بالقلق وأسبابه

القلق والعمر: هناك تناقص مستمر ومتسق للقلق من المراهقة حتى المراحل المبكرة من النضج، ثم الميل إلى الارتفاع بعد عمر (65) عاما، أما القلق المرضي فينتشر في الطفولة والمراهقة، ويأخذ القلق في الطفولة أشكال تختلف عن الرشد، وفي القلق المزمن يؤدي إلى اضطراب في العادات مثل قضم الأظافر، مص الإصبع،التبول اللاإرادي.

ويظهر القلق بدرجة أعلى في المراهقة فتكون الأعراض مختلفة في الطفولة فتحل المخاوف الاجتماعية والخوف من الرفض والسخرية محل الخوف من الغرباء والانفصال عن الوالدين والوحدة من الظلام التي كانت في الطفولة، وكلما تقدم العمر بين العشرين والسبعين يزيد القلق المرضي، ويصل الذروة بالنسبة للرجال ما بين الأربعين والستين.

الفروق بين الجنسين في القلق: لا يوجد دراسات توضع القلق بين الجنسين، ولكن يحتمل أن الإناث أعلى في مستوى القلق من الذكور.

أما ليف يذكر أن انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق يختلف تبعا للجنس، فالنساء أكثر عرضة واستعداد للقلق المرضي من الرجال، ولكن مستوى ما يحدثه القلق لديهن من آثار وعجز أعلى قليلا من الرجال.وأنواع القلق مرتبطة بالحيض والحمل والولادة وسن اليأس، بالإضافة إلى أن المجتمع قد فرض صراع الأدوار بالنسبة للمرأة، أو عرضها للعديد من الضغوطات أكثر من الرجال.

الوراثة: وجدت الدراسات أن نسبة القلق في أخوة وآباء المصاب بالقلق تصل إلى (15٪)، كما ظهر في دراسة أخرى أن نسبة حدوث القلق بين التوائم (50٪) من التوائم المتماثلة، وأن (65٪) يكون القلق فيها شديدا، كما تبين أن (4٪) من التوائم المتآخية تتعرض للقلق، وأن (13٪) منها أي من (4٪) يكون القلق فيها شديدا. (غيث، 2006)

ويذكر الباحثين أن هذه الأدلة على وجود بعض العوامل الوراثة في الاستعداد للقلق المرضي، إلا أن العوامل النفسية تلعب الدور الأكبر، **ويوضحها بالتالي:**

1- في المراحل التي يتعرض فيها الفرد إلى فقدان الأمن والاطمئنان، تكون الاستجابة بالقلق، مثل البعد عن الأم أو الاضطرار لفراقها بسبب الطلاق أو الموت ... ويسمى (قلق الانفصال).

وتنتاب هذه الحالة البالغين أيضا عندما تكون ارتباطاتهم شديدة مع أسرهم وأوطانهم، ويتعرض الإنسان للقلق في سن اليأس ومشارف الشيخوخة عندما يشعر بالوحدة والحزن.

2- لاستجابة القلق علاقة بالنضج والتربية الجنسية في الطفولة، والفشل في الحياة الجنسية بعد البلوغ، وفي المراهقة يدور القلق حول الخجل والحياة تجاه الأعضاء التناسلية وبروز الثديين، ويتوسع القلق إلى خجل اجتماعي وتجنب الاجتماعات والتلعثم والإحمرار في المدرسة وأمام الغرباء والكبار.

3- تظهر استجابات القلق في الحياة العامة، من المشاكل العائلية، والمالية والمهنية، المسؤوليات الضخمة التي تفوق التحمل، أو زوال الدعم والمعززات التي كان يتلقاها في الماضي واعتاد عليها.

4- إن بعض الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد لاستجابة القلق، كما في حالة الإصابة بالإنفلونزا الحادة أو الربو المزمن أو الأوجاع المتكررة في الجسم. (غيث، 2006)

أسباب القلق عديدة ويمكن إيجازها فيما يلي:

1- الاستعداد الوراثي كما سبق وأن ذكرنا.

2- الضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد، وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد والأزمات والصدمات المفاجئة والمخاوف الشديدة.

3- مواقف الحياة الضاغطة: فالضغوط الثقافية والبيئية الحديثة، ومطالب المدينة المتغيرة، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمان، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة.

4- مشكلات الطفولة والمراهقة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراع في الماضي، والأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة.

5- التفكير بالمستقبل: يسبب هذا العامل القلق للإنسان، ويساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة وضغوط الحياة العصرية، وطموح الإنسان وسعيه المستمر نحو تحقيق ذاته وإيجاد معنى لوجوده. (العناني، 2005)

الخوف والقلق

هناك أوجه تشابه بين القلق والخوف لذا يصعب التمييز بينهما في حالات كثيرة، وهنا نوضح أوجه التشابه بينهما:

1- في كل من الخوف والقلق يشعر الفرد بوجود خطر يهدده.

2- كل من الخوف والقلق حالة انفعالية تنطوي على التوتر والضغط.

3- كل منهما يحفز الفرد لبذل الطاقة لحماية نفسه.

4- كل منهما يصاحبه عدد من التغيرات الجسمية.

أما الفرق بين القلق والخوف:

1- المثير في عدد من أشكال القلق الذاتي وليس له وجود في العالم الخارجي: فالإنسان القلق يخاف من شيء مجهول لا يدرك سببه ولا يعرف مصدره، أما الخوف فموضوعه موجود في العالم الخارجي.

2- الخطر في القلق شديد وموجه إلى كيان الشخصية والخوف ليس كذلك.

3- حالة القلق مستمرة والخوف حالة عابرة ومؤقتة.

4- من الصعب علاج القلق خصوصا إذا كان عصابيا، بينما يسهل القضاء على الخوف. (العناني، 2005)

(يورد ليف مقارنة بين القلق والخوف)

وجه المقارنة	القلق	الخوف
الموضوع	غير معروف	معروف
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غير موجود
الديمومة	مزمن	حاد

(غيث ، 2006)

تحليل القلق: القلق انفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر، وقد يشعر الفرد بحالة من القلق العام الذي لا يرتبط بموضوع محدد. كما قد يحس بما يسمى القلق الثانوي، وهذا النوع من القلق يعد عرضا من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى ومن الممكن أن تلاحظه في جميع الأمراض النفسية تقريبا.

إن استعدادنا للقلق ليس دليل الشذوذ، بل هو وسيلتنا للتكيف وحفظ الذات من الخطر، أما الشذوذ فيكون في الشدة والتطرف، وفي تأثير حالة القلق على سلوكنا تأثيرا يجعله مضطربا وغير مناسب، **ونستعرض هنا أهم النظريات التي حللت القلق بهدف معرفة أسبابه وعلاجه:**

أولا: نظرية التحليل النفسي:

القلق عند فرويد خبرة انفعالية مؤلمة وإشارة إنذار (للأنا) حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها، وغالبا ما يكون المهدد هو رغباته مكبوته أو دوافع جنسية أو عدوانية مما سبق للأنا أن كبتته في اللاشعور، وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها، أو أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي.

وذكر فرويد ثلاثة أنواع من القلق هي:

1- القلق الموضوعي (الواقعي) هي تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك خطر قائم في العالم الخارجي، وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من خبرات الفرد السابقة.

ويكون القلق موضوعيا لما يكون مصدره خارجيا وموجود بشكل حقيقي، والقلق عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي أو لأذى يتوقعه الشخص ويراه مقدما.

ويسمى أيضا القلق الواقعي والقلق السوي، وبهذا يقترب مفهوم القلق من مفهوم الخوف، وهذا يستدعي الاستجابة للتوتر من الفرد ويدفعه نحو عمل شيء إزاءه، وهذا النوع من القلق يرتبط (بالأنا) الواقعية والواعية لما يحيط به من أحداث (غيث، 2006).

والقلق العام غير مرتبط بأي موضوع محدد، وكل ما هناك أن الفرد يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر العام غير محدد، وهذا النوع من القلق يمثل أدنى صورة.

مثلا أن يكون لدى الطالب امتحان صعب ولم يستعد له الاستعداد اللازم، ورؤية البحار لسحابة قاتمة في الأفق، هذه السحابة تشعره بالفزع، لأنها تدل على إعصار قريب.

2- القلق العصابي المرضي (الفوبيا): هي عبارة عن مخاوف غير عقلانية وشديدة ومتطرفة من موضوعات وأشياء لا تثير هذه الدرجة من الخوف مع علم الفرد بذلك، إلا انه غير قادر على التعامل معها بشكل منطقي وواقعي.

مثلا: الفزع من رؤية مشهد فيه دم، أو قطة ...

والفوبيا قلق شديد لا يتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول، والشخص الذي يشعر بهذا القلق يخاف من خياله من الهو (الغرائز) الخاصة به.

والقلق العصابي هو الخوف والإخفاق في السيطرة على الميول الفطرية مما قد يدفع الشخص إلى ارتكاب خطأ يعاقب عليه، هذا النوع من القلق لا يدرك المصاب مصدر علته، وكل ما هناك أنه يشعر بحالة من الخوف، والقلق هنا يظهر في صورة قلق مصاحب لأعراض المرض النفسي كالهستيريا (التعبير عن الألم النفسي في صورة خلل وظيفي في أحد أعضاء أو أجهزة الجسم كالشلل الهستيري)، فالشخص المصاب بهذه الأعراض يشعر بالقلق خوفا من توقع حدوثها.

ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية، وعلى الرغم من أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا. (العناني، 2005)

يرى فرويد من مثل هذا القلق المرضي أو العصابي له ارتباطاته بالهو ودوافعه الغريزية وباللاشعور وما كبت من أحداث وقضايا عاشها الفرد.

- مثال: فتاة في الثلاثين ترفض الصعود إلى الطابق العلوي وإذا اضطرها عملها إلى ذلك تجري مسرعة إلى الطريق العام، وقد حاولت هذه الفتاة التخلص من هذا السلوك ولم تستطيع، مما أدى إلى زيادة قلقها، وبدت عليها مظاهر اضطراب أخرى مثل كثرة الحركة، فقدان الشهية، وقد أدى كل هذا إلى نقلها من عملها إلى عمل تافه مما أثر على نفسيتها. واتضح بعد دراسة الحالة أن الفتاة كانت تحب رجلا متزوجا، ثم هجرها وهي حامل منه، وحاولت الانتحار من نافذة عالية ولم تفعل ذلك بسبب دخول أحدهم الغرفة التي كانت فيها، ونسيت الفتاة الحقيقة التي أدت إلى قلقها لأنها مؤلمة، بينما لم تنسى الخبرات الانفعالية المصاحبة للحادثة، وأصبحت قابلة للتكرار بشكل آلي كلما تواجدت في مكان مرتفع (العناني، 2005).

3- **القلق الأخلاقي**: يكون مصدره الأنا الأعلى، ويبدو في صورة إحساسات بالذنب والخجل ..

والقلق الأخلاقي هو الخوف من الضمير، إن نمو وترقي الأنا الأعلى يجعل الفرد يشعر بالإثم عندما يفعل شيئا، أو مجرد التفكير في أن يفعل شيئا مخالفا للمعايير الأخلاقية التي نشأ فيها، وهذا ما يسمى مشاعر الذنب أو تأنيب الضمير، للقلق الأخلاقي أساس واقعي، فقد عوقب الفرد فيما مضى لخروجه على المعايير الأخلاقية وقد يعاقب مرة أخرى.

وهكذا فالقلق الأخلاقي مصدره الأنا الأعلى الذي يهدد الأنا إن أتت فعلا معينا أو دار في فكرها فكرة معينة تتعارض مع معايير الوالدين، فالعقاب ينتظرها من الأنا الأعلى في صورة مشاعر الإثم والخجل.

هذه الأنواع من القلق تحدث عنها فرويد، وترتبط بماضي الفرد، الأول منها قلق من شيء خارجي وقد يستطيع الفرد تجنبه، غير أن الثاني والثالث من هذا القلق ذو مصدر داخلي، ولا يستطيع الفرد تجنبهما (غيث، 2006) .

خلاصة القول إن القلق عبارة عن استجابة لخبرة لا شعورية قد تكون ناجمة عن بعض الظروف البيئية، والسبب المعجل الذي يرسب القلق قد يتكون من:

1- تكرار مواقف الحياة المحبطة التي لا يرضى عنها الفرد.

2- الظروف التي تهدد أهداف الشخص أو مكانته.

3-الأحداث التي ينشأ عنها مخاوف من انهيار العمليات الدافعية (المليجي، 2000).

أما هورني فترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي:

1- الشعور بالعجز.

2- الشعور بالعداوة.

3- الشعور بالعزلة.

وهذه العوامل تنشأ من الأسباب التالية:

1- انعدام الحب والدفء العاطفي وشعور الطفل بأنه شخص محروم من الحب والعطف والحنان، وأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني، وهو أهم مصدر من مصادر القلق.

2- بعض أنواع المعاملة التي يتلقاها الطفل تؤدي إلى القلق لديه، فالسيطرة المباشرة وغير المباشرة وانعدام العدالة بين الأخوة، والإخلال بالوعود، وعدم احترام الطفل، والجو الأسري العدائي ... كلها عوامل توقظ مشاعر القلق في النفس.

3- البيئة وما تحويه من تعقيدات ومتناقضات، وما تشمل عليه أنواع الحرمان والإحباط، والخداع والحسد والخيانة، وإنه مخلوق لا حول ولا قوة تجاه هذا العالم القوي العنيف الذي لا يرحم. (غيث، 2006)

ثانيا: النظرية السلوكية:

القلق في رأي السلوكية، استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك، أي هو بمثابة استجابة تثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير إنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة، فالخوف والقلق استجابة انفعالية واحدة، إذا أثيرت هذه الاستجابة عن طريق مثير من شأنه أن يثير الاستجابة اعتبرت هذه الاستجابة خوف، أما إذا أثار هذه الاستجابة مثير ليس من طبيعته أن يثير الخوف، فهذه الاستجابة (قلق) فالفرد إذن يتعلم الخوف والقلق من المثيرات المحيطة وبالخبرة الشخصية.

الذي يحدث هنا أن المثير المحايد (مثير ليس من شأنه إثارة هذه الاستجابة) يكتسب القدرة على الاستثارة، القدرة على توليد (استجابة) نتيجة لحدوثه في الوقت نفسه تقريبا الذي حدث فيه المثير الطبيعي الذي أدى إلى استجابة الخوف، أي أن الخوف استجابة شرطية متعلمة، والفرد غير واع بالمثير الطبيعي الأصلي. (العناني، 2005)

- مثال (1):

يهجم كلب على طفل ذات مرة يشاهد فيها كلبا من أنواع التعميم للخبرة السابقة، وقد يتعلم الفرد مخاوفه عن طريق النمذجة وملاحظة الآخرين الذين يظهرون مخاوف معينة، فالأم التي تخاف المصعد الكهربائي قد يتعلم طفلها منها هذا الخوف بالتقليد. (غيث، 2006)

مثال (2):

طفل لدغته أفعى أثار ذلك في نفسه الخوف (هذا شيء طبيعي)، حدث أن ظهر مع الأفعى رجل أسود (مثير محايد قبل ظهوره في الوقت نفسه مع الأفعى)، وهنا قد يصبح هذا الرجل قادرا على توليد استجابة القلق لدى الطفل باستمرار، ومن غير أن يرافق ذلك لدغة الأفعى، ومن الممكن أيضا أن يعمم الطفل استجابة

القلق هذه على كل الرجال السود، فيشعر بالقلق كلما شاهد أحد منهم (العناني، 2005).

ثالثا: المذهب الإنساني:

تتفق المدرسة السلوكية مع مدرسة التحليل النفسي على إرجاع القلق إلى خبرات مؤلمة في ماضي الفرد، إلا أنهما يختلفان في تصورهما لتكوين القلق، إذ يتحدث الفريديون عن علاقة القلق بالهو والأنا والأنا الأعلى أو بالشعور واللاشعور، بينما يرى السلوكيون القلق في ضوء الإشراط.

أما أصحاب الاتجاه الإنساني فيؤكدون على أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك نهاية حتمية، وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وأن توقع حدوث الموت فجأة هو المثير الأساسي للقلق على الإنسان حيث لا يصبح للإنسان وجود ويتحول إلى الفناء أو العدم، فالقلق هنا ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس ناتجا عن ماضي الفرد.

وآخرون من الإنسانية يرون أن القلق ينتج عن شيء يتجه لتهديد مفهوم الذات أو أنه ينتج عن شيء إما يعيق أو يهدد بإعاقة إشباع حاجة نفسية أساسية للفرد مثل حاجة الإنسان إلى الشعور بالأمن والحب أو التقدير أو الإنجاز أو غيرها. (غيث، 2006)

مما سبق نستنتج أن القلق حالة انفعالية نشعر بها ونعيشها، وهي حالة مزعجة ومؤلمة، لأنها تنطوي على مشاعر الحزن والتوتر والغضب والخوف والتهديد، كما أنها تكون مصحوبة بتغيرات فسيولوجية جسمية تجعل الفرد يشعر بالتوتر والانهاك، ولا نستطيع أن نرجع أسباب القلق إلى الماضي فقط، ذلك أن القلق ينتج أيضا من خوف الإنسان من نموه، ومن خوفه على مستقبل وجوده كإنسان. (العناني، 2005)

طرق الوقاية من القلق:

1- تدعيم الشعور بالأمن والثقة بالنفس، فيجب على الآباء والمربين تدريب الأطفال على مواجهة المواقف والمشكلات التي تواجههم.

2- تقبل مخاوف الأطفال وطمأنتهم وتقليل توترهم ودفعهم على تجاوزها وتعبيرهم عنها بحرية.

3- زيادة الفهم وحل المشكلات الخاصة بالطفل. (عبد الرحمن، 2003)

علاج القلق

على الرغم من صعوبة علاج القلق إلا أنه من أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج، إذ يمكن علاجه بإزالة الأسباب التي أدت إليه، ويمكن أن يعالج بالأساليب التالية وذلك تبعا لأسلوب المعالج والمدرسة التي ينتمي إليها.

1- **العلاج النفسي:** هنا يحاول المعالج إيجاد علاقة وثيقة وود مع المريض ليتمكن من التعبير والترويح عن نفسه والتنفيس عن مشاكله، ثم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة من اللقاءات والأحاديث وتفسير الأحلام، ثم محاولة إفهام المريض بحقيقة وجذور القلق الذي يعانيه، ودفعه للشفاء برفق وبالتشجيع والتوجيه والإيحاء غير المباشر، ويتخذ العلاج النفسي عدة صور وأساليب بالنسبة إلى مدارس علم النفس المختلفة، والطريقة التي يفضلها المعالج سواء أكانت تحليلية أم إنسانية روجرية أم سلوكية أم معرفية.

2- **العلاج الاجتماعي:** إن إضطراب القلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي (Social Phopia) اضطراب يتصف بالخوف التفاقمي من التعرض للمواقف الاجتماعية التي تتضمن أشخاصا آخرين يصوبون أنظارهم لبعض الأطفال او المراهقين. ويعد الرهاب الاجتماعي من المشكلات الطبية النفسية المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، خاصة الذين يعانون من القلق الشديد والاضطرابات المزاجية، وعلى الرغم من أن بداية المعاناة من اضطراب الرهاب الاجتماعي تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة، فإن الغالبية العظمى منهم

لا يتم تشخيصهم إلا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدؤون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب، ولذلك يجب في هذه الحالة الجمع بين العلاجين: المعرفي - السلوكي والطبي.

فاضطراب الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر، من (6-12) عاما ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره أثناء مرحلة المراهقة وبداية سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكرا. وغالبا ما يحدث تداخل أو تفاعل بين القلق الاجتماعي وارتقاء المهارات الاجتماعية، والتوافق في أداء الأدوار الاجتماعية خاصة في السياقات الاجتماعية، كالمدرسة، والنادي وتشكيل جماعات النشاطات كالرحلات والنشاط الثقافي والخطابة، بحيث يمكننا التنبؤ من القلق الاجتماعي بحالة الرهاب الاجتماعي في سني العمر المبكرة، ومن ثم يسهل علاجها قبل أن تتفاقم.(الصبوة،2007)

يرى كلارك وويلز أن الرهاب الاجتماعي يستثيره حدث أو موقف تفاعل اجتماعي، ويسمى هذا الحدث البيئي أو الموقف الاجتماعي مثيرا نشطا، من شأنه أن ينشط مجموعة الافتراضات أو المخططات المعرفية السلبية، وهذا أمر ينتج عند إدراك سلبي للبيئة الاجتماعية، بحيث يدركها الطفل أو المراهق أو الشاب، أو حتى الراشد والمسن على أنها بيئة اجتماعية خطيرة وتبعث على الشعور الشديد بالتهديد والخوف والهلع، ومن ثم تبدأ هذه الافتراضات والمخططات المعرفية في إفراز مجموعة كبيرة من المعتقدات الخاطئة من الأفكار الآلية السلبية من قبل (أنا لا قيمة لي اجتماعيا، ويكرهني الآخرين. وأنا فاشل، وأنا لست مثل زملائي الآخرين، وإن والدي سيعنفني ... وسيحتقرني الجميع ....)، ويترتب على ما سبق ظهور قدر من التصلب المعرفي نظرا لاعتقاد الفرد (طفلا أو مراهقا أو شابا) بأنه لن يتحسن ولن يستطيع التغير إيجابيا، واعتقاده بأن هذا الاضطراب سيستمر ولا علاج له، وينجم عن ذلك مرحلة معرفية جديدة، إذ يتعامل المريض بالرهاب الاجتماعي مع ذاته ويدركها على أنها شيء اجتماعي، وليست موضوعا اجتماعيا، يجب توفيره واحترامه، ويحدث تعميم هذه الأعراض المعرفية والمزاجية

على كل السياقات الاجتماعية، فيبدأ المريض في إدراك ذاته على أنها منتقدة من قبل الآخرين ومحبطه لهم، وأيا كان هؤلاء الآخرون أهل وأقارب، أو جيران أو أصدقاء أو زملاء أو مدرسون، ومن ثم تبدأ الأعراض المزاجية في الظهور وأبرزها القلق المختلط بالكآبة، والشدة والخوف الذي قد يصل إلى حد الفزع، والخوف من تقويم الآخرين له سلبياً.

ونتيجة لتفاعل كل من الأعراض المعرفية والمزاجية، ينشأ كثير من الاضطرابات السلوكية كالانسحاب الاجتماعي، واهتزاز الألفاظ والكلام، وارتعاش اليدين وارتجاف الجسم، وجفاف الجلد، وسرعة التنفس، وهناك تفاعل متبادل بين مكونات هذا النموذج وبعضها البعض (الصبوة، 2007).

فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة، يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت، والعمل على التخلص منها بتغيير الوضع العائلي، أو المحيط الاجتماعي أو ظروف العمل غير المناسبة، وكل ما من شأنه سيء للفرد.

3- العلاج السلوكي: يتم تدريب الفرد المريض على الاسترخاء، ثم لأجل إزالته وإضعاف القلق يعرض المريض إلى المثيرات التي تسبب له القلق أو الخوف إما بشكل تدريجي حتى يعتاد على مواجهتها فيما يسمى بتقليل الحساسية التدريجي، أو دفعه واحدة دون السماح له بالهروب ويسمى هنا أسلوب (الإفاضة).

إن نتيجة مثل هذا العلاج أن الفرد يكتشف أنه قادر على تقديم الاستجابة السوية للمثيرات التي كانت تسبب له القلق والخوف، وإنها لا تستدعي تلك الشدة من الخوف.

4- العلاج بالاسترخاء: ذلك للتعامل مع الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق حيث يتم تدريب الفرد على الاسترخاء العضلي التام عبر تعليمات تعطي لـه من قبل المعالج وتقدم على شد ورخي مجموعات مـن العضـلات مـن أعلـى الرأس إلى أخمص القدمين مع الايحاء المستمر له بالارتياح.

5- العلاج بالعقاقير: يعتمد على استخدام المـهدئات الحديثـة والـتي يسـتخدمها الأطباء النفسيون خاصة في حالات القلق الشديد لتهدئة المريض وإراحته قبل العلاج النفسي أو الاجتماعي.

6- العلاج بالصدمة الكهربائية: قلما يتم استعمال الكـهرباء في عـلاج القلـق إذ يكون ذا تأثـير سـيء وعكسـي علـى أن حـالات القلـق المزمنـة والمصحوبـة باكتئاب شديد قد تحتاج أحياناً جلسات كهربائية.

7- العلاج المعرفي: يستهدف تغير المعتقدات الموجودة لدى الفرد والتي تسـبب لـه مشاعر القلق واستبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عـبر تعديـل الحديث الذاتي، فبدلاً من (أنا متوتر) يتم تعليمه أن يقول مثلاً (أنا بخير أشـعر بالراحة) (العناني، 2005، غيث، 2006).





الفصل السابع

طرق التكيف



طرق التكيف

يواجه البشر ظروفاً متغيرة باستمرار على المستوى الداخلي والخارجي، وتتطلب هذه الظروف والمواقف من الفرد القيام باستجابات تكيفية، ويطور كل فرد منا أسلوبه المميز له والثابت نسبياً عبر المواقف للتكيف، فيلجأ بعضهم إلى التعامل الواقعي مع الأشياء وبعقلانية ويحاول حل المشكلة باسلوب علمي موضوعي وهو التعامل الأنسب، في حين يفضل آخرون اللجوء إلى الهجوم والعدوان على أنفسهم والآخرين في مواقف التحدي والضغط النفسي، وآخرون يميلون إلى استخدام الأساليب الأخرى من لف ودوران، كما أن بعض الناس يهربون من المواقف أو يعلنون استسلامهم (غيث 2006).

إذن الفرد عند تعرضه لحالة من الضغط والتوتر يلجأ إلى استخدام أسلوب أو أساليب عدة للتخلص من هذه الحالة المؤلمة، وهم إما أن يستخدموا أساليب مباشرة (تقوم على أساس إدراك واقعي لطبيعة العوامل المؤثرة في الموقف وتعامل مباشرة مع مكوناته) أو لا يستطيع الفرد استخدام هذه الأساليب المباشرة في مواجهة هذه المواقف فيلجأ إلى أساليب أخرى غير مباشرة، تلك الأساليب التي تحاول (الأنا)، عن طريقها حماية نفسها من مواجهة القوى التي تتصارع مع ما تمثله الفرد من قيم واتجاهات اجتماعية، ويطلق على هذه الأساليب الغير مباشرة (آليات الدفاع الأولية).

إذن تقسم الأساليب أو طرق التكيف إلى قسمين هما:

أولاً: الطرق المباشرة وتضم الأساليب التالية:

1- المواجهة: تعلم مهارات حل المشكلة واتخاذ القرارات.

2- الانسحاب والخضوع.

3- الهجوم والعدوان

4- التدريب على الاسترخاء.

5- الضبط الذاتي.

ثانياً: الطرق غير المباشرة: نقصد بها اساليب الدفاع الاولية أو ميكانزمات الدفاع، وقد تنجح في القضاء على الإحباط والقلق لفترة وجيزة، ولكن المشكلة تبقى وتشتد فتظهر في شكل مرض نفسي.

أولاً: الطرق المباشرة للتكيف: من طبيعة النفس البشرية أن تتخلص من المشاعر المزعجة والمؤلمة، والطريقة السوية للتخلص من المشاعر تكون في مواجهتها والقضاء على مصدرها.

1- المواجهة: تعلم مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات، والمواجهة أو المقابلة هي التحدث وجهاً لوجه مع الفرد بقصد استفتاء المعلومات منه أو مساعدته على التخلص من مشاكله، وتمتاز بأنها فرص للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات الفرد، ومعرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية، ويتمكن الأخصائي النفسي فيها من ملاحظة نبرات الصوت وتعابير الوجه والإشارات وكل ما يمكن ملاحظته يساعد على فهم الحالة (شعبان ويتم 1999).

ومن سمات الشخصية القدرة على مواجهة الواقع، ويكون ذلك عن طريق حل مشكلاته بشكل موضوعي وبدون الهرب إلى أحلام اليقظة وإضاعة الوقت، فضلا عن قدرتها على تنمية إمكانياتها لتكون قادرة على مواجهة مواقف الحياة المختلفة وعلى تنمية حل مشكلاتها (العناني،2005).

والناس العاديون ينظرون إلى الصراعات والإحباطات وما شابهها على أنها مشكلات يتوجب حلها ويقيمون الموقف بطريقة عقلانية أو يحددون الإجراءات المناسبة، ثم يقومون بالإعداد المباشر لتقوية مصادرهم وتقليل الضرر الكامن (غيث، 2006).

مزايا المواجهة (المقابلة المقيدة):

1- أنها لا تتطلب أخصائياً متمرناً لجمع المعلومات المطلوبة.

2- تضمن الحصول على الإجابات المتعلقة بالموضوع.

3- يسهل فيها جمع المعلومات وتحديد كميتها.

4- تعتبر موفرة للوقت.

5- تسمح بمقارنة إجابات الأفراد المختلفين.

أما عيوبها: فهي الدكتاتورية، كما قد يكون فيها تفويت الفرصة للحصول على معلومات يود الفرد التبرع بها.

مزايا المقابلة الطليقة:

1- تسير فيها المناقشة بين الفرد والأخصائي سيراً طبيعياً بتوجيه الأخصائي.

2- تسمح باستفتاء المعلومات المطلوبة بطريقة مباشرة.

3- تتميز بالتلقائية والحرية.

4- تسمح بملاحظة تعبيرات الفرد وانفعالاته وعادته في الكلام وسلوكه.

المساوئ:

تستغرق وقتاً طويلاً ومراناً طويلاً أيضاً، وإلا كانت مضيعة للوقت (شعبان وتيم، 1999).

حل المشكلة:

أما مهارات حل المشكلة يقصد بها: تلك النشاطات المقصودة والمنظمة التي يقوم بها الفرد بطريقة ملائمة تزيل عقبة تسد الطريق أمام قدراته وتساعده في الوصول إلى هدف مرغوب فيه.

وهذه العملية لحل المشكلات تمر بمراحل متسلسلة، وهي متداخلة فيما بينها، ونحن عادة ما نستخدم خطوات عملية حل المشكلات على نحو ضمني،

وتتابع العملية حتى نصل إلى الحل المناسب، ومع أن استخدامنا للطريقة الضمنية في حل المشكلات هو أمر طبيعي، ومقبول في مواجهتنا للغالبية العظمى من المشكلات إلا إننا نحتاج في بعض الحالات إلى استخدام الطريقة القديمة لحل مشكلة معينة.

ومما يساعد على تنظيم الأفكار الاستعانة بالخبرات وتحويلها إلى قوه مستمرة لمواجهة مشكلة قائمة، ويجب على المربيين أن يعودوا الأطفال على التفكير المنظم باستغلال كل الفرص المتاحة لذلك.(العناني، 2005)

ولكي نتمكن من تنمية قدرة الفرد على حل المشكلات يجب أن تبدأ معه منذ الطفولة وفيما يلي توضيح لذلك:

1- إن مهارة حل المشكلات ينمو عن طريق إتاحة الفرصة المتكررة لحل المشكلات فمن خلالها يكتشف وينمي قدرته عن طريق الفرص المتاحة له لحل المشكلات.

2- إن حل المشكلة حلاً ناجحاً يتطلب أسلوباً متخصصاً للتفكير يقوم على تنظيم الأفكار، ويقصد بالتنظيم استخدام خطوات الطريقة العلمية الصحيحة في حل المشكلة وهذه الخطوات هي:

أ- الشعور بالمشكلة.

ب- تحديد المشكلة وصياغتها.

ج- فرض الفروض التي تكون كتخمينات محتملة لحل المشكلة .

د-اختيار الحلول المحتملة عن طريق الملاحظة والتجربة.

هـ-التوصل إلى حل. (غيث، 2006).

و- تقييم النتائج (غيث، 2006).

3- تمثل العلاقات الاجتماعية أهمية كبيرة في هذا المجال، فالاحترام المتبادل بين الطفل والآخرين، والقدوة الحسنة، والشعور بالأمان، عوامل تساعد على نمو الطفل وتنمية قدرته على حل المشكلات.

4- لابد من وجود أنواع كثيرة من أدوات العمل اللازمة لحل أية مشكلة، لأن الأدوات تثير حب استطلاع الأطفال ونموهم بغرض الخبرة المباشرة، وتعمل على تنشيط القدرة على التخيل والتذكر والفهم وتخطيط المشروعات.

5- كل إنسان في الحياة يواجه مشكلات معينة، ويجب على المربين أن يعرفوا الأطفال بأن المشكلات كثيراً ما تصنع الإنسان وتجعله أكثر قوة وإنتاجاً ونضجاً.

6- في كثير من الأحيان يوجد أكثر من حل للمشكلة الواحدة، ويستطيع المربون أن يشجعوا أطفالهم على استخدام طرق عديدة للمواجهة (العناني، 2005).

أما العوامل التي تؤثر في حل المشكلات هي:

أ . شخصية الفرد.

ب. البيئة المادية التي يعيش فيها الفرد.

جـ. العوامل الاجتماعية والثقافية ومنها القيم والميول والمعايير الاجتماعية التي تؤثر في اتخاذ القرارات.

كذلك فإن عملية اتخاذ القرارات تتضمن مواقف منها: الفروق الفردية والاختيارات المحتملة (شعبان وتيم، 1999).

2- الانسحاب والخضوع: يرى البعض إن أفضل طريقة لمواجهة حالات الضغط والتوتر هي الانسحاب، ذلك أن الانسحاب لا يتطلب جهداً مثل العدوان.

يأخذ الانسحاب الجسدي أشكالاً مثل ترك المكان الذي تدور فيها المشكلة أو الصراع، ويكون الانسحاب بأشكال أخرى كأحلام اليقظة، الإغراق في العمل، واستخدام المنومات والكحوليات. (غيث، 2006)

3- الهجوم والعدوان: أصبح العدوان في العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره، ولم يعد العدوان مقصوراً على الأفراد، إنما اتسع ليشمل بعض الجامعات، وبعض المجتمعات في عمومها، وهو ما يلاحظ

في مختلف أشكال العنف، والإرهاب والتطرف التي تسود مناطق كثيرة من العالم الآن.

أيضاً فإن الإحباط والضغوطات غالباً ما تؤدي إلى العنف والعدوان، والعدوان من النادر أن يكون استجابة مثمرة للتكيف.

تعريف العدوان: يعرف العدوان بأنه السلوك الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى الشخصي بالغير، وقد يكون الأذى نفسياً على شكل إهانة أو خفض قيمة أو جسمياً. أيضاً العدوان هو السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء.

تحليل العدوان: تحدث فرويد عن غريزة الموت، وذكر أن الميول العدوانية متصلة بهذه الغريزة، ولكنه أوضح بعد ذلك أنها مرتبطة بغريزة الجنس. وبذلك يصبح في خدمتها من أجل استمرار الحياة: فهو وسيلة تكيف من أجل الدفاع عن الذات والشعور بالتهديد والقلق. إذ أن إلحاق الأذى هو شكل من أشكال الانتقام، والانتقام نوع من دفاع الذات عن نفسها أمام تهديد تواجهه.

وأكدت نظريات أخرى على أن إحباطات الحياة اليومية تستثير الدافع إلى العدوان لدى الفرد، أي يلجأ إلى العدوان عندما يمنعه عائق من تلبية حاجاته (العناني، 2005).

كما أشار بعض الباحثين إلى أن اتجاهات المجتمع نحو العدوان تؤدي إلى تعلمه، فالثقافة التي تعتنق معايير اجتماعه قائمة على العنف مثل الأخذ بالثأر، والغاية تبرر الوسيلة تعمل على زيادة العدوان.

ومجموعة أخرى من الباحثين حاولت تفسير العدوان على أنه سلوك متعلم يمكن أن نتعلمه من خلال الملاحظة أو النمذجة، كلما عزز أو أثيب الملاحظ كلما زاد احتمال ظهور السلوك العدواني.

يمكن النظر للعدوان إلى أنه وسيلة تكيف تلجأ إليها الذات أحياناً لإبعاد خطر يهددها، ولا يعني أنها وسيلة جيدة ولكن الإنسان قد يضطر إليها ليحافظ على وجوده واستمراره، ويصبح العدوان ضرورياً للرد على اعتداءات الأعداء، كما يعد الدفاع عن الوطن والإنسان واجباً إنسانياً وهدفاً أخلاقياً. (غيث، 2006)

أنواع العدوان:

يمكن أن نتحدث عن أنواع العدوان تبعاً للمصادر المستخدمة في التصنيف، وهذه التصنيفات هي:

1- العدوان تبعاً لمعيار الشكل الظاهري وهي ثلاثة أنواع:

أ . العدوان الجسدي: وذلك باستخدام الجسم في الاعتداء مثل الضرب والرفس والقتال بالسلاح.

ب. العدوان اللفظي أو الكلامي: يظهر لدى الأفراد الذي يستخدمون اللغة ويكون على شكل السب، والشتم والتجريح، والتوبيخ، السخرية، القذف بالسوء، التهديد، أحياناً يستخدم الأصابع ومظاهر الوجه العابسة عند استخدام التهديد.

جـ- العدوان الرمزي: هنا لا يشمل إلحاق الضرر المادي أو اللفظي إنما عن طريق القيام بعمل أو الامتناع عن سلوك يوصل الفرد من خلاله رسالة غضب وعدوان على الأخر، مثل النظر بطريقة قاسية إلى الفرد أو الامتناع عن الاتصال البصري، أو الامتناع عن رد السلام أو عدم تناول الطعام الذي قام الشخص بشرائه ..

2- ويقسم العدوان تبعاً لمن يظهر عنده العدوان من حيث العدد إلى :

أ . العدوان الفردي: نعني به ذلك العدوان الذي يبديه شخص واحد نحو أفراد مجموعة من الآخرين.

ب. العدوان الجماعي: نعني به أن تقوم جماعة بالاعتداء على غيرها، كأن تهجم عشيرة على عشيرة أخرى.

3- يقسم العدوان من حيث مستوى التبرير العقلي إلى نوعين هما:

أ . العدوان العقلاني: هو الذي يعتمد على مبررات وأسباب عقلية في موقف محدد، وتعود الحرب الدفاعية التي تشنها دولة على دولة أخرى من هذا النوع.

ب. العدوان الاندفاعي العاطفي: يتضمن القليل من المبررات العقلانية، حيث

يكون الفرد مندفعاً بعواطفه الحادة عـن عصبية وغضب مثلمـا يظهـر لـدى المراهقين والأطفال في المواقف الإجتماعية الشديدة والمفاجئة.

4- كما يقسم العدوان إلى نوعين من حيث الجهة التي يوجه لها العدوان:

أ . العدوان الموجه نحو الذات كضـرب الـرأس في الحـائط، عـض اليـد، ضـرب الوجه باليدين، الانتحار.

ب. العدوان الموجه نحـو الآخرين وممتلكاتـهم، وهـو الاعتـداء علـى الآخريـن المحيطين بالفرد، أو الاعتداء على ممتلكاتهم والخـروج علـى القوانـين والنظـم المعمول بها (مجيد، 2008).

أيضاً لا بد من الإشارة إلى أن هناك تقسيم آخر للعدوان بناء على الدوافع:

1- العدوان الناتج عن الاستفزاز: يكون بعـد تلقي الاعتـداء فـيرد الفـرد عليـه بعدوان مضاد دفاعاً عن ذاته أو ممتلكاته.

2- العدوان غير الناتج عن الاسـتفزاز: يقـوم الفـرد بالمقاتلـة والعـدوان بشـكل مستمر لكي يسيطر على الآخرين.

3- العدوان المنفجر أو نوبات الغضب: يقوم الفرد بهذه الحالة بتحطيـم الأشـياء وتدميرها دون أن يكون قادراً على ضبط غضبه. (غيث، 2006)

العوامل التي تحدد الموضوع الذي ينص عليه العدوان وفيما إذ سيكون مباشراً أو غير مباشر، وهذه العوامل هي:

1- قناعة الفرد بعدم جدوى توجه العدوان نحو المصدر الأصلي للإحباط.

2- العقوبة التي يمكن أن تلحق بالشخص.

3- عجز الفرد عن إيقاع العدوان على الطرف المسؤول.

4- عدم قدرة الفرد على تحمل تبعات وتكاليف العدوان على المصـدر الأصلـي. (غيث، 2006)

العوامل المرتبطة بالعدوان وأسبابه:

1- **الإحباط والحرمان:** حيث يعد الإحباط الناتج عن عدم قدرة الفرد على تلبية دوافعه عامل رئيسي للعدوان، **ويرتبط بهذا العامل أمور عدة منها:**

أ . قوة السلوك المحبط، مثل شدة الدافع نحو الطعام.

ب. شدة العرقلة، مثل وجود عقبات تمنع الحصول على الطعام.

جـ. تكرار الإحباطات وتراكمها، مثال ذلك فشل محاولات عديدة في الحصول على الطعام.

د . الشخص نفسه وخبراته وأسلوب تنشئته وقيمه الأخلاقية، فالفرد الذي تعلم أن السلوك العدواني أسلوب مناسب لتلبية الحاجات يلجأ عادة إليه.

2- **انخفاض نسبة الذكاء:** وجد أن الأطفال الأكثر ذكاء أكثر عدوانية.

3- **غياب الأب لفترة طويلة عن المنزل:** الأولاد الذين يكون والدهم غائب لمدة طويلة تظهر لديهم العدوانية الشديدة.

4- **الجنس:** تساهم التنشئة الاجتماعية في ميل البنات إلى الطاعة والإتسام بالهدوء أكثر من الأولاد (العناني، 2005).

5- غريزة الحياة والموت.

6- تقليد لسلوك الآخرين العدواني.

7-تعزيز الكبار للسلوك العدواني.

8- الغيرة.

9- الشعور بالنقص.

الوقاية:

تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تربية الأطفال وذلك عن طريق تجنب ما يلي.

1-الأبوان المتسيبان أو المتسامحان.

2- إهمال الطفل وعدم استحسانه.

3- الأبوان اللذان لا يعطيان الحب والدف والحنان.

4- استعمال العقاب البدني كالضرب.

5- مشاهدة البرامج التلفزيون العدوانية.

6- تكرار النزاعات بين الوالدين.

7- عدم النشاط البدني وغيره من البدائل.

8- عدم أشراف الوالدين على أطفالهم.(شعبان وتيم، 1999)

علاج العدوان.

يجب أن تعرف أسباب المشكلة قبل أن تبحث عن أساليب العلاج للعـدوان، **ويمكننا استخدام أسلوب أو أكثر من الأساليب العلاج التالية:**

1- أحاطه الفرد بالعطف والرعاية وأشعاره بالدفء والحب.

2- تنمية مفهوم الذات لـدى الفـرد وإلقـاء الضـوء علـى الجوانـب الايجابيـة في شخصيته.

3- مساعدة الفرد على الاسترخاء والتداعي الحر والتعبير الانفعالي.

4- استخدام أساليب العلاج السلوكي مـع الأطفـال العدوانيـين، بالإضافـة إلى الأساليب السابقة. **ويكون استخدام الأسلوب السلوكي كما يلي:**

أ . تعزيز السلوك المرغوب فيه.

ب. تقديم القدوة الحسنة والنموذج السليم في التعامل.

جـ. تعليم المهارات والآداب الاجتماعية كآداب الحديث والطعام وحب النظام.

د. عدم الاستجابة لحاجة الطفل بعد العدوان، وحرمانه مـن أي مكسـب يحصـل عليه بالضرب أو التدمـير أو الثـورة، وذلـك حتـى لا تعـزز السـلوك الغـير مرغوب فيه وهو العدوان.

5- تحميل المسؤولية للطفل.

6- مدح الطفل كلما أظهر حباً للآخرين.

7- البعد عن رفاق السوء والعدوانية.

8- فحص الطفل جسيماً فربما كان يعاني من إعاقات جسمية.

9- التجاهل المتعمد.

10- احترام حقوق الآخرين.

11- الحديث مع الذات (عد إلى العشرة).

12- تخفيف الهجوم والعدوان عن طريق اللعب (العناني، 2005).

4- التأمل والتدريب على الاسترخاء: التأمل هو من أشكال التفكير الموجه، وهو أن يتخذ أشكال عديدة ويمكنك القيام بها باستعمال التمرينات التي تستخدم الحركات المتكررة مثل المشي والسباحة، ويمكنك القيام بالتأمل بالتدريب على الاسترخاء بالامتداد أو بالتنفس العميق.

التدريب على الاسترخاء سهل، إبدأ باستعمال عضلة واحدة، إمسك هذه العضلة بقوة لمدة بضع ثواني ثم إرخي العضلة، قم بذلك مع كل عضلة من عضلاتك.

الامتداد: يمكن أن يساعد على تخفيف التوتر أيضاً، قم بتحريك رأسك دائرياً، انتصب في اتجاه السقف والمحني في الاتجاهين ببطء.

التنفس العميق وحده قد يساعد في تخفيف الضغط النفسي، التنفس العميق يساعدك في الحصول على الكثير من الأوكسجين. إذا أردت مساعدة أكثر لمعالجة أعراض الضغط النفسي، أطلب النصيحة من الطبيب. (http://elssafa.com)

ويستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج في علم النفس الإكلينيكي منذ فترة طويلة على يد الطبيب النفسي جاكبسون (Jacobson) الذي قرر أن استخدامه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة لدى مرضى القلق، ويعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، واستخدم

هذا الإجراء مع الأطفال وأثبت فعاليته في ذلك، فمن خلاله يتعلم الطفل كيف يقلل الشعور المنفر المرتبط بالاضطراب لديه وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق، ويتعرف الطفل على الفرق بين العضلات المشدودة والمسترخية، ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع المواقف المثيرة (بطرس، 2007).

- تعلم الاسترخاء: إن الجسد بحاجة إلى الاسترخاء من (10-20) دقيقة بمعدل وسطي كل يومين لكي نحافظ على سلامة أجسادنا ذهنياً وفيزيائياً في آن معاً، من شأن بعض التقنيات، كالتخيل والتأمل والاسترخاء العضلي والتنفسي أن يساعد على الاسترخاء، ويتمثل هدفك بإبطاء سرعة القلب وخفض ضغط الدم عبر تقلص التوتر العضلي.
- ناقش همومك مع صديق تثق به: إذ يساعد الحديث على التخلص من الإجهاد النفسي والنظر إلى الأمور من زاوية أفضل وقد يؤدي إلى وضع خطة سليمة.
- خطط لعملك خطوة خطوة. وقم بإتمام المهام الصغيرة.
- تخلص من غضبك: من الضروري التعبير عن الغضب، ولكن بحذر، (عد للعشرة) ثم سيطر على نفسك واستجب لغضبك بطريقة أكثر فعالية.
- ابتعد عن مصدر التوتر: فذلك يساعد على تكوين نظرة جديدة للأمور.
- كن واقعياً: ضع أهدافاً واقعية، ورتبها حسب الأولويات مركزاً على ما هو أكثر أهمية، فتنظيم الأهداف بشكل بعيد عن المنطق، ينبئ بالفشل، حدد أولوياتك وركز على ما هو أكثر أهمية بالنسبة لك.
- تجنب العلاج الدوائي: ففي بعض الأحيان نسعى إلى استعمال العقاقير لنشعر بالراحة، والواقع أن هذه المواد لا تؤدي سوى إلى تمويه المشكلة الحقيقية.
- احصل على قسط وافٍ من النوم والتمارين والأطعمة المغذية، فكما يقال (الجسم السليم في العقل السليم)، والنوم يساعد على مواجهة المشاكل بحالة أكثر نشاطاً، كما أن التمرن يعمل على حرق فائض الطاقة التي يولدها الضغط النفسي.

- اطلب المساعدة: إتصل بالطبيب أو بمختص بالصحة العقلية إن كنت تعاني من ضغط متزايد أو تعجز عن إتمام اعمالك بشكل طبيعي.

تقنيات الاسترخاء لتخفيف الضغط النفسي الإسترخاء التدريجي للعضلات:

- أجلس أو تمدد بوضع مريح واغمض عينيك.
- دع فكّك يسترخي وكذلك عينيك ولكن من دون إغماضهما بقوة.
- افحص جسدك ذهنياً، بدءاً من أصابع قدميك وببطء نحو رأسك. وركز على كل منطقة على حدة، وتخيّل بأن التوتر يذوب تدريجياً.
- شدّ عضلاتك في إحدى مناطق جسدك، عدّ حتى الخمسة، ثم ارخها وإنتقل إلى المنطقة التالية. (www.tabib.com)

5- الضبط الذاتي:

- ضبط المثير: المعالجون يعلمون العميل في بعض الأحيان على التحكم بدوافع ومثيرات معينة، مما يجعل احتمالية تصرفاته غير المقبولة قليلة، وبهذا فإن هدف هذا الأسلوب هو إعادة بناء الوسط المحيط بالعميل حتى لا يتعرض العميل لأي مثير يحفزه على التصرف غير المقبول، مثل: العميل السمين ممكن أن يرشد إلى تجنب اماكن بيع الشوكولاته أثناء الاستراحة.
- الاختبار والضبط: هي طريقة ينزع خلالها الأفراد للسيطرة والضبط للعالم الخارجي للعمل على إشباع حاجاتهم الشخصية أو الفسيولوجية، وبهذا المعنى يكون السلوك المضطرب محاولة من الفرد لضبط ذاته وعالمه الشخصي.
- **مراقبة الذات:** وهي واحدة من أساليب التقييم التي يستخدمها السلوكيون وتبعهم بذلك المعرفيون، وهي وسيلة مناسبة للتقييم في فترات خارج الجلسات الإرشادية، بحيث يقوم المسترشد بتسجيل أفكاره، ومشاعره وأنماط سلوكه ضمن مواقف محدودة (ضمرة، 2008).
- مصدر الضبط: أحد المفاهيم الأساسية في نظرية التعلم الاجتماعي والتي وضعها روتر، وهي تصور يحدد طريقة إدراك الفرد لمجريات الأحداث التي يمر

بها، وهي أن موقع القوى المتحكمة في مجريات هذه الأحـداث كـامن في ذات الشخص (مصدر الضبط الداخلي)، إذا كـان مـن خـارج الشـخص (مصـدر الضبط الخارجي).

1- مصدر الضبط الداخلي: هو إدراك الفرد أن مصـدر القـوى الـتي تتحكـم في الأحداث التي يمر بها، إنما يعود إلى قوى وعوامل داخلية مثل: قدرته وجهوده ومهاراته الشخصية (أنا المسؤول عما يحدث لي).

2- مصدر الضبط الخارجي: هو إدراك الفـرد أن مركـز القـوى الـتي تتحكـم في الأحداث التي يمر بها إنما يعود إلى قوى وعوامل خارجية مثل: الحظ والصدفة والآخرين (الآخرون هم المسؤولون عما يحدث لي) (قاسم، 2004).

ثانياً: الطرائق غير المباشرة (أساليب الدفاع الأولية):

عندما يمر الإنسان بحادثة مؤلمة، فإنه قد يلجأ إلى استخدام أسـاليب دفاعيـة ملتوية نتيجة الألم ويحمي نفسه ويعيد الاطمئنان لنفسه.

الفرد في محاولاته لتحقيق توافقه يقوم بمحاولات، بعضها يتم على المستوى الشعوري مثل: زيارة الجهد للتغلب على العوائق، أو تحقيق الهدف أو تغييـره، أو إعادة تقدير الموقف المحبط أو الصراعي بصورة واقعية، ومن الممكن أن تحل معظم الإحباطـات والصراعـات الـتي يعيشـها الفـرد في حياتـه اليوميـة علـى المسـتوى الشعوري، وأما الصراعات والإحباطات العميقة الجـذور والـتي لا يمكـن حلـها على هذا المستوى فإنـها تـؤدي إلى ظـهور محـاولات توافقيـة لا شـعورية، وهـي الأساليب الدفاعية، وتشكل هذه الأساليب عناصر هامة في بنـاء شـخصية الفـرد بجانب الصراعات والاحباطات التي أدت إلى ظهورها.

ونتيجة لتعدد الأدوار التي يقوم بها الأفراد في حياتهم اليومية يضطرون إلى عمل أخطاء كبيرة غالباً ما تدهشهم، وأحيانـاً مـا يحزنـون، ويعتـذرون لحدوثـها، ولكن سرعان ما يقعوا فيها، وكما يؤكد فرويد أن أخطاء الحياة اليوميـة كامنـة في

عملية النسيان لدى الفرد، وأن الكبت الذي يتعرض له هو العامل الأساسي في النسيان (علي، 2001).

تعريف أساليب الدفاع الأولية: هي مجموعة من الأساليب السلوكية التي يلجأ إليها الفرد لكي يحصل على حاجة وجد ما يعيقها، أو يبعد عن نفسه خطراً واقعاً، أو ليتحاشى خطراً متوقعاً، ومن الملاحظ أن هذه الميكانزمات عامة، ومن الممكن أن توجد لدى الأسوياء، كما أنها تتصف بالشدة والتطرف لدى المرضى، وترتبط باللاشعور ارتباطاً قوياً، ولكن البعض منها شعوري (العناني، 2005).

النظرية السلوكية وأساليب الدفاع :

أسهم الفرويديون إسهاماً أساسياً في دراسة أساليب الدفاع الأولية، كما تحدث السلوكيون عنها، ولكن بشكل مختلف، فهم يستبدلون مفهوم الحيل الدفاعية بمفهوم أساليب الهروب الجزئية، ولا يذكرون في حديثهم ما يشير إلى اللاشعور، بل يفسرون هذه الأساليب في ضوء أفكارهم المرتبطة بنظرية التعلم ومفاهيمها، فأساليب الهروب الجزئية من وجهة نظرهم ما هي إلا أساليب مكتسبة معممة (العناني، 2005).

أشكال أساليب الدفاع الأولية

1- الكبت Repression : يبدأ بالقمع الشعوري وينتهي باللاشعوري، وهو عبارة عن إزاحة الذكريات المؤلمة والرغبات المهددة للذات إلى حيز العالم اللاشعور، فقد يلجأ الفرد إلى كبت الأمنيات والمعتقدات التي تشعره بالتهديد ويبعدها عن مجال الوعي، ولكن يظل تأثيرها قوي على الفرد، والكبت لا يعني أن الأفكار تزول نهائياً بل تبقى في اللاشعور، ويمكن أن تظهر في أحلام الفرد أو على شكل اضطرابات نفسية أو نفس جسمية في حالة اللجوء إليها بشكل كبير.

ويمكن تفسير ظاهرة فقدان الذاكرة نفسي المنشأ، على أنها كبت كلي لخبرات مزعجة أو مؤلمة لا يريد الفرد أن يتذكرها، فحادث مؤلم يؤدي إلى كبت

الموقف (كقتل شاب) بحيث يصاب الشخص بفقدان ذاكرة حتى ينسى الظروف المحيطة وما حدث أمامه. (غيث، 2006)

2- التقمص أو التوحد Identification : التقمص هو توحد الفرد بشخصية أخرى حتى يصبح كلاهما وكأنهما شخصية واحدة تحس بإحساس واحد وتفكر بعقل واحد، وتصدر أفعالهما عن رغبات واحد، فالطفل يتقمص شخصية الأب، فالتقمص يختلف عن التقليد في أن التقمص لا شعوري بينما التقليد شعوري (المليجي، 2000).

ويؤدي التقمص وظيفة مهمة لأنه يشبع حاجته لتقدير الجماعة، مما يساعد على التكيف النفسي والاجتماعي، إلا أن الخطر يكمن في التطرف، فكثيراً ما نرى التقمص في حالة الذهان، مثل تقمص شخصيات الأبطال أو رئيس دولة أو الأساتذة ... (العناني، 2005).

3. التبرير Rationalization: حيلة دفاعية لاشعورية، يحاول بواسطتها الفرد إثبات أن سلوكه معقول وله ما يبرره أو يجيزه، لذا يستحق القبول من المجتمع والذات، وبذلك يخفي الدافع الحقيقي لهذا السلوك الذي قد يكون فيه إيذاء له، أو يشعره بالخزي والعار (المليجي، 2000).

مثال: تبرير الفشل في الحصول على رخصة القيادة بأن المدرب سيئ والفاحص كان متعباً فلم يقيم بشكل دقيق.

والتبرير يختلف عن الكذب لأن الكذب عملية شعورية، والتبرير يستخدم في الحياة اليومية كثيراً، وهو يؤدي وظيفتين مهمتين، إذ يساعده على عقلنة سلوكه، ويمكنه من تخفيف حدة الأحباط والقلق والصراع (العناني، 2005).

4- النكوص (الارتداد) Regression : يشير إلى عودة الفرد للقيام بسلوك كان يقوم به في مرحلة تطورية سابقة من حياته نتيجة للضغط، وهذا السلوك لا يكون ملائم لهذه المرحلة، مثال: بكاء المراهق لرفض والده إعطاءه مفاتيح السيارة، فعند عدم إيجاد حل لمشكلة يلجأ الفرد لهذه الاستجابة، وهي من الاستجابات الشائعة للصراع النفسي. وبالرغم من أن النكوص يساعد الفرد

من التخفيف من حدة القلق، ألا انه يعيق النمو حين يظهر في شكل اضطرابات نفسية وعقلية (كيال، 1993).

5- **الاسقاط (الاصغاء) Production** حيلة دفاعية لاشعورية، والإسقاط هو أن تنسب ما في نفسك من صفات غير مقبولة إلى غيرك من الناس بعد أن تكبرها وتضاعف من شأنها وبذلك تبدو تصرفاتك طبيعية، وقد يُؤدي هذا إلى التخلص من بعض مشاعر الذنب وخفض التوتر الناجم عنها، مثال: الشخص الذي يشك في الآخرين ولا يثق بهم نراه يكثر من اتهام الآخرين بالشك وعدم الثقة بالناس (الشناوي، 1997).

ويرتبط الاسقاط بالتبرير من حيث أنه يعبر عن العملية التي بمقتضاها يلوم الفرد غيره من الأفراد على نواحي فشله وخطئه (العناني، 2005).

6- **الانكار Denial**: يتضمن محاولة الفرد تجنب المواقف المؤلمة ومصادر القلق بنكرانه أو تجاهله فعلاً، وقد ينكر الفرد لاشعورياً فكرة ما أو حاجة بهذا الأسلوب، ويظهر كثيراً لدى الأطفال، فالطفل الذي لا يستطيع تحمل الم غياب أمه، فقد يميل إلى إنكار ذلك والإعلان أنها لم تذهب إنما هي في الغرفة الأخرى.

وقد يصل الإنكار إلى أقصى الحدود بحيث يقطع صلته بالواقع وبكل ما يحيط به من خصائص وذلك بنسيان اسمه وشخصيته أو باتخاذ شخصية أخرى، أو برفض الام حقيقة ان ابنها توفي وتقول انه مسافر (غيث،2006).

7- **الابدال أو التحويل Displacement**: من الاساليب اللاشعورية، حيث يتضمن نقل السلوكيات والمشاعر نحو شيء خطير إلى شيء أقل خطورة، مثال ذلك الرجل الذي يصمت عند تأديب المدير له على الاداء المتردي، ثم يتفجر في أحد افراد الأسرة، وبذلك حول مشاعر الغضب نحو المدير على فرد من الأسرة حتى يعبر عن غضبه، حيث يوفر التحويل فرصة للفرد للتعبير عن التوتر من غير الحاق الأذى بمن يحب، ولكن قد يصبح مشكلة خطيرة حين يعتاد الشخص ويصبح انساناً عدوانياً (الزق،2006).

8- الرد المعاكس Reaction formation: هو التعبير عن الدوافع والرغبات غير المقبولة اجتماعياً أو دينياً باظهار عكسي تماماً أو بشكل مبالغ فيه، والرد المعاكس محاولة لاخفاء الدوافع التي لا يرضى بها المجتمع فيكبتها باللاشعور، مثال الإفراط في الضحك والسرور كتكوين عكسي للحزن، أو الطفل الذي يكره والده لكنه لا يستطيع أن يصرح بهذه المشاعر ويستبدلها بالحب.

9-الإعلاء أو التسامي Sublimation: كثيرا ما يخفق المرء في إرضاء الدافع أو إشباعه بطريقة مقبولة اجتماعية، وغالباً ما يفقد هذا الدافع المحبط قوة المثير للتوتر إذا استبدل الهدف بهدف آخر ممكن التحقق بأفعال مقبولة اجتماعياً، وهذه الإبدالات تسمى (الإعلاء) إي التعبير عن الدافع المحبط بأسلوب يرضاه المجتمع.

مثلا:

الشاعر الايطالي دانتي عندما لم يستطيع أن يتزوج محبوبته الارستقراطية جابه نزعاته الجنسية بالتسامي فكتب أجمل القصائد لمحبوبته، ونال مكانة مرموقة بسبب ذلك (المليجي،2000)

10- الكظم: يقصد به الضبط المقصود لدافع بعد ظهوره خطراً فيما يتصل بالفرد، وهو سلوك دفاعي له مكانة خاصة في الحياة الاجتماعية لأنه ينظر إليه على أساس أنه رمز لقوة الإرادة وحسن الخلق وضبط الذات كما أنه من آليات الدفاع الواعية والشعورية التي يمارسها الفرد عن قصد إلى جانب عوامل لا شعورية تمنع الفرد من إظهار مشاعره الحقيقة مثل الخبرات في الطفولة أو الخوف من العواقب (غيث، 2006).

11- الكف: هو التوقف المفاجئ عن الاستمرار بفعالية (نتيجة توتر شديد مفاجئ) تعقبه حركات مضطربة ثم يلي ذلك سلسلة من الحركات المنتظمة، وقد يكون الكف عضلياً أو فكرياً، فعندما تواجه الفرد سيارة مسرعة أو يهجم علية حيوان مفترس دون إنذار قد يشل عن الحركات للحظات قصيرة ثم يهرب بسرعة.

12-التعويض: يعبر التعويض عن مجموعة ردود فعل يكون القصد منها الظهور بصفة ما بهدف التغطية على صفة أخرى، أن يكون القصد مواجهة ذلك الشعور بالنقص الذي يمكن أن ينتهي إليه الشخص ما أمام ضعف أو قصور داخلي أو متخيل، والأكثر أن الصفة تظهر أنها مقبولة، وأن تكون الأخرى تسعى إلى إخفائها غير مرغوب فيها.

مثال:

الفتاة التي تبدو غير جذابة تسعى إلى التعويض عن الشعور بالنقص الجسماني بالتفوق الاكاديمي. (غيث، 2006)

فوائد أساليب الدفاع الأولية وأضرارها

الفوائد والوظائف:

1- تسمح العمليات العقلية اللاشعورية للفرد بالتكيف المؤقت.

2- يلجأ الفرد في عملية التبرير إلى إيجاد أسباب منطقية يبرر فيها أفعاله.

الأضرار:

إن هذه العمليات الدفاعية لها أضرارها، فالفرد الذي يعتمد دائماً على وقاية نفسه يعجز عن التعرف على طرق أحسن منها لوقاية نفسه، ولما كانت هذه العمليات تقوم على تشويه الواقع فقد يؤدي الأمر بالفرد الذي يعتمد على هذه الميكانزمات أو وسائل الدفاع الأولية أن يظل دائماً بعيداً عن الواقع وقد يؤدي به الأمر إلى الانهيار أو إلى الانحرافات الشخصية. (شعبان وتيم ، 1999)

خلاصة القول:

إن ميكانزمات الدفاع حيل لا شعورية - في معظم الأحيان -يلجأ إليها الفرد لحماية نفسه من الإحباط والصراع والقلق، ولكنها تشكل خطراً كبيراً على الفرد إذا اعتاد استخدامها، إذا تؤدي به إلى الوقوع في الاضطرابات المرضية، ولا يختلف الفريديون والسلوكيون كثيرا في النتيجة التي تؤدي إليها هذه الميكانزمات

فكلاهم يرى أنها أساليب غير فعالة لا تحل الصراع إلا بشكل مؤقت، ولكنهم اختلفوا في تحليلها وبيان كيفية تكوينها، فقد أكد الفريديون على أهمية العوامل الداخلية واللاشعورية في تشكيل هذه الميكانزمات، بينما أوضح السلوكيون أنها استجابات متعملة معممة. (العناني، 2005)

٨

الفصل الثامن

مشكلات الصحة النفسية



مشكلات الصحة النفسية

مقدمة

يهتم الآباء عادة بنماذج سلوكات أطفالهم المختلفة، وخاصة تلك السلوكات التي تصدر عنهم في مرحلة الطفولة المبكرة، لكون هذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته من جهة، ولكونها مرحلة تكوين وإعداد وبناء الشخصية من جهة أخرى، ففي هذه المرحلة تشتد قابليات الطفل للتأثر بالعوامل المختلفة التي تحيط به، كما أنها تحدد مسارات نموه الجسمي والاجتماعي والنفسي والعقلي والوجداني، ولهذه النماذج السلوكية أهمية كبرى، لكونها شائعة لدى الأطفال في الأوضاع النفسية الطبيعية، حيث تظهر بشكل متكرر ونمطي، كما أنها يمكن أن تحدث مع الأطفال خلال تطور المشاكل والصعوبات الانفعالية أو الاضطرابات الفسيولوجية (Lubitz, 1992).

وتعتبر العادات العصبية إحدى النماذج السلوكية المنتشرة بين الأطفال، وتأخذ هذه العادات صفة عدم الاستقرار، وقد يلاحظ أن عدم استقرار طفل معين يكون بارزاً بصورة عامة يختلف فيها عن اغلب الأطفال ممن هم في مثل عمره، وقد يأخذ عدم الاستقرار أيضاً صورة خاصة في حركة معينة يمثل الرمش بالعين، هز الكتف، فرقعة الأصابع، اللعب بالأنف، مص الشفاه، عض الشفة، مص الاصبع، وقضم الأظافر، وشد الشعر، وهز الرأس، وعض الأقلام، وعصر حبوب الوجه.. أو غير ذلك من فئات الحركات الخاصة التي تكون بؤرة يتمركز فيها النشاط العصبي غير الموجه (طنوس، 1994).

يواجه أطفال اليوم الكثير من التحديات في ظل عالم يزداد تعقيداً في مطالبه، وقد انعكس أثر ذلك على توقعات التعلم، وضبط النفس، ومستوى

التنشئة المأمولة للطفل، ونظراً لكون الأطفال هم لبنات مستقبل أي أمه، فإنه من الأهمية بمكان تناول مشكلاتهم والعمل الجاد على تذليلها (مطاوع، 2006).

ومما لا شك فيه أن سوء معاملة الأبناء كأسلوب من أساليب المعاملة الوالدين للأبناء له أضراره الجسمية والنفسية ومن ثم على كافة مظاهر النمو الأخرى.

والنمط العادي أو الطبيعي من مشكلات الصحة النفسية عند الأطفال يتطلب تدخلاً مبكراً بأساليب ملائمة للوقاية من تفاقم المشكلات.

وتعتبر كثير من المشكلات النفسية للأطفال واضطرابات السلوك لديهم نتاجاً لخلل أو توتر في الوضع الأسري، فإذا كان المناخ السائد يعمه عدم الانسجام والنقد الجارح والعقاب البدني والقسوة في المعاملة، فلا بد أن تكون العلاقات بين الوالدين والطفل سيئة، وبخاصة إن سوء معاملة الأبناء يرتبط غالباً بالحالة المزاجية والوجدانية للآباء. (توفيق، 2003)

وأثبتت الأبحاث أن (70٪) من الآباء العاديين الذين وقع عليهم عقاب قاس في طفولتهم وعوملوا باحتقار لذاتهم يعاملون أبناءهم بنفس القسوة، ويتعاملون معهم بلا رحمة وكأنهم يقومون بعملية انتقام لأنفسهم بطريقة لا شعورية.

إن عقاب الطفل من الأب أو الأم دائماً ما يرجع إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الآباء والأمهات في العمل أو في مشاكل الحياة اليومية، وعلى الرغم من الإيمان من الأبوين أنهما يخطئان في العقاب إلا أن هذا يعتبر انعكاساً لحالتهم النفسية السيئة، فإن الخلافات الزوجية تلعب دوراً رئيسياً في نوعية العقاب الملقى على الأبناء.

يتأثر الطفل بكل ما يدور حوله، وعندما يصل عمره إلى ثلاث سنوات يكون إدراكه للأمور كبيراً، فيقوم بتفسيرها في حدود عقله الصغير، وأحياناً يسأل عنها أحد والديه إذا أحس بقصوره نحو فهمها، فإذا ما عنفه الوالدان، فإن ذلك يؤدي إلى مشاكل نفسية كبيرة، في فترة المراهقة وبعد الزواج، فيصاب الفتى أو

الفتاة بالنفور من الجنس، أو البرود الجنسي أو ضعف أو فقدان القدرة الجنسية، أو الشذوذ، وكلها أمراض نفسية، ترجع أسبابها إلى سن الطفولة. (الجبالي، 2005)

ويؤكد بعض العلماء من أن بعض الأطفال واعتباراً من سن الثالثة عادة ما يكونون قادرين على تذكر الكثير من الأحداث وكذلك الاحتفاظ بالكثير من الصور والمشاهد التي أثرت في نفسيتهم أو تركت انطباعات غير حسنة في مرحلة من مراحل حياتهم وخصوصاً تلك التي تتعلق بالاعتداء الجسدي وبأي شكل من الأشكال. (www.annabaa.org)

وإذا حللنا واقعنا الذي نعيش فيه، وإذا ما نظرنا إليه فسنجد الكثير من القضايا والمشكلات الواضحة التي توجه للطفولة العربية، والتي يلزم مواجهتها بأقصى قدر ممكن من الحيوية، ومنها:

- إن العالم العربي يفقد نصف مليون طفل سنوياً لأسباب يمكن تجنبها.
- يوجد (7.5) مليون طفل عربي خارج المدارس الابتدائية.
- يوجد (13.5) مليون عربي عامل.
- يتأثر (25) مليون طفل عربي بالمنازعات المسلحة.
- الحاجة إلى تعزيز آليات حماية الأطفال من العنف والإساءة والاستغلال. (مطاوع، 2006)

الضغوط والأمراض النفسية للفرد

إذا كانت نشأة الأمراض النفسية في مراحل الطفولة أو احتمالات امتدادها إلى المراحل العمرية اللاحقة، وإذا ما كان هناك خلل أو اضطرابات في الجهاز النفسي بسبب عدم القدرة على التكيف أو حالة من الوهن أو زيادة غير اعتيادية في الوساوس، أو زيادة في القلق، أو اضطرابات هستيرية تعتري الإنسان، فإن الضغوط تزيد وطأة تلك الأعراض المرضية وتساعد إلى حد كبير في تخلخل التوازن النفسي، فيقع الإنسان صريح المرض، بفعل شدة الضغوط، ووجود حالة

من التهيؤ النفسي الداخلي للمرض، فالعلاقة تبادلية بين الضغوط والأمراض النفسية. (www.annabaa.org)

الإساءة النفسية للطفل:

تتخذ الإساءة النفسية للطفل صوراً، وأشكالاً متعددة، ومنها ما يلي:

1- رفض الوالدين للطفل، والذي يمكن أن يؤدي بهما للانحراف والجنوح ويدفعهما للعدوان.

2- نبذ الوالدين للطفل نبذاً صريحاً أو ضمنياً، كراهيته، وإهماله، والسخرية منه، وإيثار إخوته عليه، كل هذا يفقده الشعور بالأمن.

3- عدم إشباع حاجات الطفل النفسية.

4- الحماية الزائدة للطفل من قبل الوالدين. (توفيق، 2003)

العقد النفسية في الأطفال:

أظهرت التجارب على أن سلوك الإباء والأمهات نحو أبنائهم – خصوصاً في السنوات الخمسة الأولى من حياة أطفالهم-قد يكونون هم السبب المباشر- أو غير المباشر- في اضطراب شخصية الطفل، أو إصابته ببعض العقد النفسية.والواقع أن كثيراً ما يكون الأطفال ضحايا لقصر نظر الأهل، أو لسوء الفهم، أو لنقص خبرة الأهل، أو لضعف شخصيتهم، أو على الأقل-لخطأ الأساليب التربوية.

إن الأساليب التي ينتهجها بعض الآباء والأمهات في تربية أبنائهم- خصوصاً حينما يكونون هم أنفسهم عصبيين أو منحرفين أو أصحاب عقد نفسية- قد تعمل على إشاعة الاضطراب في حياة أطفالهم، أو قد تتسبب في خلق (عقد شخصية) خطيرة تهدد-كل نموهم النفسي- من بعد (كيال، 1993).

وقد تم توضيح أنواع العقد في الفصل السابع.

مشكلات الصحة النفسية:

تعد مشكلات الصحة النفسية من الظواهر المهمة التي تستحق الدراسة والبحث وذلك لأهميتها في تكيف الفرد وعلاقته بالمجتمع، وتقسم هذه المشكلات إلى :

أولاً: مشكلات الصحة النفسية بوجه عام:

تضم العصاب والذهان، والحالات النفسجسمية، والسيكوباتية.

*** * الحالات العصابية Neurosis:**

تعرف العصابية بأنها الاستعداد للإصابة بالاضطراب النفسي أو العصاب، والاستعداد للإصابة بالعصاب شرط ضروري ولكنه غير كافي للإصابة، بل يلزم توافر قدر مرتفع من الضغوط الخارجية أو الداخلية ويقابل العصابية الاتزان الانفعالي (توفيق، 2001).

ويعرف العصاب بأنه اضطراب في السلوك يظهر لدى الشخص فيؤذيه، ويجرح صحته النفسية وكفايته الإنتاجية وفائدته في المحيط الذي يعيش فيه من غير أن يجعله عاجزاً عن الإنتاج أو عدواً للمجتمع. (الرفاعي، 1982)

وحالات العصاب تشترك في أعراض منها القلق والتوتر والاكتئاب، والآلام الجسمية التي لا يوجد لها أساس عضوي، والأفكار القهرية، والخوف، والجنون، والشعور بالضعف الجسمي.

ويلاحظ أن كثيراً من الأفراد العاديين يشكون من واحدة أو أكثر من هذه الأعراض، ومنهم غير مصابون بمرض عصابي، فالذي يفرق بين الشخص العادي والعصابي هو أن الأعراض التي تظهر على المريض مستمرة وحادة ومزمنة.

والعصاب أسلوباً تكيفي منحرف يلجأ إليه الفرد أمام ضغط يأتي في ظروف متنوعة ووجد فيه بعض الفائدة وتكرر لديه، أما الفائدة التي يجنبها المصاب تتمثل فيما يشعر به من خلاص أو بعد عن مخاطر لا شعورية.

وأما الضغط الذي يجعل الفرد يلجأ للعصاب فيأتيه من عوامل داخلية وخارجية، ومنها:

1- التربية الخاطئة وخبرات الطفولة المؤلمة، إذ يؤدي ذلك إلى إضعاف شخصية الفرد.

2- الفشل في مواجهة الصراع والقلق.

3- التعرض لتجربة نفسية قاسية وتنطوي على خطر بالغ.

والشخص العصابي يتميز بعدم القدرة على التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي، كما أن العصابي كثيراً ما يمثل خطراً على نفسه أو على المجتمع، فهو شخص فريسة لطرق تعبير لا شعورية متكررة بالرغم من رغبته في التخلص منها، **والعصابي يتميز بالآتي:**

1- الشعور بالتعاسة، فقد يشعر بالوحدة وعدم السعادة.

2- عدم الدافعية في السلوك (دليل على الصراع الداخلي الموجود).

3- أعراض معينة، كالقلق والمخاوف أو الوسواس.

وهذا السلوك يتميز بالتكرار القهري، أي أن المريض يسلك نفس السلوك مرة بعد مرة دون التحكم فيه، وأهم حالات العصاب هي استجابة القلق، والمخاوف، والوسواس القهري، والاستجابة للاكتئاب، والاستجابة التحويلية (الهستيريا) .. (الجسماني، 1994).

تصنيف العصاب:

- القلق – الهستيريا – المخاوف المرضية (الفوبيا) – الوسواس والأفعال القهرية – الوهن العصبي – الاكتئاب.

أنواع أخرى من العصاب

- عصاب الحرب..
- عصاب السجن. (العناني، 2005)
- **القلق العصابي**: ليست ثمة فلسفة أو حكمة أفضل من الحكمة الإلهية (لا تفكروا في الغد، فالغد يفكر بكم)، فإذا ما أخذ بها أمكننا أن ننجو من القلق، عدونا رقم واحد، وأمكننا بالتالي أن نعرف راحة البال الحقيقة. (شيخاني، 1981)

القلق في علم النفس الحديث والمعاصر له أهمية بالغة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية، والعَرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، ورد فعل المريض للمرض العضوي، ويمثل مرض القلق والاكتئاب أكثر الفئات ترددا على العيادات النفسية.

وتصف الرابطة الأميركية للأطباء النفسين اضطرابات القلق إلى ما يلي: اضطراب الهلع، والخوف من الأماكن الواسعة، والمخاوف الاجتماعية، واضطراب الوسواس القهري، الضغوط التالية للصدمة، واضطراب الضغوط الحاد، واضطراب القلق المعمم، واضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة، واضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة (عبد الخالق واليحقوفي، 2004).

- **القلق النفسي**: يعرف القلق النفسي بأنه التعبير القابل للملاحظة عن شعور غامض بالخطر والتهديد بالألم وعدم السرور والتوتر وعدم الاستقرار أو الارتياح الانفعالي، وقد يكون معمم وتستجيب على مواقف وأوقات كثيرة ومتكررة، وينطوي القلق النفسي العام على القلق الانفعالي، الفسيولوجي، والمعرفي (محمود وصابر، 2004).

يعتبر القلق – خادم الخوف، وعرف القلق بأنه انتقال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر والعقاب، وهو مشكلة من أخطر مشكلات الشباب التي يتجه فيها الشباب نحو ممارسات خطيرة وجرائم مأساوية كالانتحار وتعاطي المخدرات، ويصاب الشاب الذي يعاني من القلق بسرعة الانفعال والأرق

والأمراض العصبية، ويلجأ إلى التدخين أو السلوك المنحرف أو الشاذ، حيث يشعر الشاب القلق بأنه لا معنى للحياة، وتنتاب الشاب القلق حالة من عدم الاستقرار الفكري والعقيدي والانتماء، ولذلك يسهل اجتذابه إلى الأفكار البديلة لما هو سائد في المجتمع، ثم يتصور صحتها، ويبدأ بالخوف على المستقبل، ويسوده الشعور بالاضطهاد، ويعتريه الأمل في تحقيق أهدافه الخاصة، ويعتريه الخوف من الفشل الدراسي ومن الإصابة بالأمراض، وخاصة الوبائية كالايدز ومن المشاكل الجنسية والخوف على مستقبل الحياة الزوجية.

إن توفير الأمن الاجتماعي والعدل السياسي مسؤولية وطنية ينبغي على المجتمع أن يوفرها أمام الشباب، ليتمكن من المشاركة في بناء المجتمع، ومن تحقيق بناء نفسه في الوقت نفسه، ولا يمكن تحقيق هذه الغاية إلا إذا توافرت للشباب خطة الأمن الاجتماعي، ودعمت أركان العدل السياسي (الغرايبة، 2007).

يؤكد الأطباء أن القلق يمكن أن يسبب أي مرض عضوي، وحتى إذا لم يسبب مثل هذا المرض فإنه ينهك القوى، والتهامه النشاط بطرق غير مجدية، يسيء إلى الصحة، ويجعل الحياة لا تطاق، بعد أن يفقد من أحدها سنوات وسنوات، إن حالة القلق تمتد من النرفزة إلى حالة الرعب والهلع، مروراً بخبرة الهم (ذات الطابع المعرفي والفكري) والتفكير بأخطار يتعرض لها الجسم، وإن الاستجابة السلوكية للقلق تهتم بالبحث عن الراحة والهدوء وتجنب أي مصدر للتوتر والكدر، لأن خبرة القلق بشكل أو بآخر تكون عامة ومشتركة (عبد الله، 2001).

والتعرف على القلق العصابي عملاً صعباً ومعقداً، فالقلق استجابة طبيعة متوقعة لحالات التوتر والضغط و الشدة النفسية، وغالباً ما تكون مثيراً ضرورياً للتكيف والتعامل مع المحيط في المواقف المختلفة، إن القلق المرضي (هو القلق الشديد المتطرف) ليس حالة طبيعية أو سوية، إنه يشبه تماماً زيادة إفراز الغدة الدرقية (هذه الزيادة حالة مرضية)، **ويمكن تمييز القلق المرضي عند استجابة القلق السوي الطبيعي من خلال أربعة مظاهر رئيسية:**

أنه ذاتي (خاص) أو شديد (متطرف في زيادته)، يدوم طويلاً، وأخيراً يأخذ شكل الحالة (الحالة السلوكية).

1- **الذاتية**: تعزى إلى معاناة القلق التي تستمر عند الشخص بغض النظر عن المثيرات البيئية بأشكالها المختلفة، إنها داخلية المنشأ، وإنها تأخذ طابعاً نوعياً خاصاً (لها تكوينها وحياتها الخاصة).

2- **الشدة**: فيعزى إلى مستوى الكدر والضيق والتوتر، حيث تزداد شدة الأعراض وبذلك فإنها تزيد وتسرع من قدرات الفرد ومحاولاته للسلوك والتحمل.

3- **الدوام والاستمرارية**: يشير إلى طول بقاء الأعراض المرضية بحيث يمكن تمييزها مباشرة عن الاستجابة السلوكية الخاصة بموقف ما أو كاستجابة آنية في موقف محدد.

4- **القلق الذي يكون ذاتياً (مستقلاً) وشديداً**، ويدوم طويلاً، يشوه عمليات التكيف وطرق التصدي والتعامل، كما أنه يخلق اضطرابات سلوكية معينة كالتجنب والانسحاب. (عبد الله ، 2001)

اسباب القلق:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن للبيئة القدرة على إحداث الألم وزيادة التوتر، كما أن لها القدرة على تحقيق اللذة وخفض التوتر، فهو مصدر للإضطراب والتهديد، كما أنها مصدر ضروري للاشباع والراحة. وينشأ القلق العصابي نتيجة ظهور مشاعر انعدام الأمن التي تتولد لدى الفرد في مواقف تبدو بيئية تبدو للغير غير ضارة، أما الشخص العصابي يبالغ في تصوره لموقف فيراه محفوفاً بالمخاطر، فتظهر مشاعر القلق. (المليجي، 2000)

(وهناك توضيح آخر في الفصل الثالث).

أعراض القلق العصابي:

يبدو المريض بالقلق متوتراً ومنزعجاً، سريع التقلب في المزاج، مشغولاً بمصائب المستقبل وأخطاء الماضي، وقد تكون الحالة مزمنة أو مستمرة، وبالرغم من أن استجابة القلق لا شعورية، فإن الشخص القلق يمر بخبرات شعورية من الخوف والذعر دون أساس واقعي واضح، وخاصة القلق العادي المزمن تبدو دورياً في نوبات قلق حاد بدرجة شديدة نتيجة ضغوط بيئية بسيطة. مثل هذه النوبات يصاحبها تهيج، واضطراب في خفقان القلب، ارتعاش الأطراف، صعوبة التنفس، وتصبب العرق الزائد، مما يستلزم المسكنات أحياناً. وقد يعبر الفرد عن مخاوف غامضة من موت وشيك الحدوث أو توقع مخيف للخطر، فيميز القلق العصابي بالشعور بالرهبة والرعب حتى في أكثر المناسبات الروتينية العادية. (المليجي، 2000).

أعراض القلق عند الراشدين

1-اضطراب الهلع Panic disorder:

إن الشخص الذي يخبر هذا الانفعال يتعرض لنوبات غير متوقعة من الخوف الشديد والذعر، إما نوبة كل أسبوع (4 نوبات شهرياً) أو نوبة هلع شديدة يتبعها فترة هدوء، يتوقع الفرد خلالها أن تحدث له النوبة بأي وقت، ويظهر الفرد المصاب على **الأقل أربعة أعراض من الأعراض التالية كحد أدنى:**

ضيق التنفس، السعال، سرعة نبضات القلب، ألم الصدر، التعرق، الدوخة، الغثيان، فقدان الأنية (اختلال الأنا)، الخوف من الموت، الخوف من البلادة أو الخوف من عدم القدرة على الاستبصار والتحكم في السلوك، ارتجاف ورعشة، هذه الأعراض تحدث فجأة أو خلال (10) دقائق من بداية ظهور أول عرض في الهجمة.

أما من الناحية المعرفية العقلية، فيشعر الشخص بفقدان قدرته على الضبط والتحكم، إضافة إلى التفكير بالموت، أو توقع البلادة والحماقة وضعف الاستبصار.

أما سلوكياً فيظهر على الشخص المصاب سلوكاً اندفاعياً إقداماً للبحث عن الأمن والسلامة أو البحث عن مكان مناسب أو شخص ما يمكن أن يقدم له المساعدة.

2- الرهاب (الخوف المرضي أو العصابي) (الفوبيا) (Phobia) :

هناك ثلاث فئات رئيسة للرهاب: الرهاب البسيط والرهاب الاجتماعي، ورهاب الساح (الأماكن المكشوفة).

أ . **الرهاب البسيط (Sample Phobia)** هو الخوف العادي والحاجة لتجنب مثيرات وموضوعات تهدد الفرد وتشكل خطر عليه (أفعى، كلب شرس..) أو مواقف (طيران بالطائرة) .. فإذا كان الموضوع أو الموقف بمواجهة شخص (يخبره الفرد مباشرة) فإنه سيتعرض إلى حالة من القلق قد تصل إلى مستوى الهلع.

ب. **الرهاب الاجتماعي (Social phobia)**: يعكس حالة القلق في مواقف اجتماعية معينة كالخوف من الحديث أمام حشد من الناس، أو تجنب التعايش مع الآخرين، وقد تكون بدرجة منخفضة أو شديدة ومعممة لمواقف أخرى متنوعة.

جـ. **رهاب الساح (Agoraphobia)** هو الخوف الشديد من الوقوف والتواجد في أماكن مكشوفة ومفتوحة بحيث يشعر الشخص (المصاب) أنه وحيد ومن الصعب الحصول على مساعدة في مثل هذه الأماكن وبعض الذين يعانون من هذا الاضطراب لا يظهرون أعراض الهلع.

3- القلق المعمم (Generalized Anxiety):

إن الشخص الذي يعاني القلق سواء كان معمماً أم على شكل نوبات هلع في ناحية، يوصف بأنه عصابي ولكن من خلال الحالات العيادية المدروسة تم إجراء تحليل ودراسة لأمراض القلق، والمرضى الذين يعانون من الهلع وفوبيا الأماكن المكشوفة قد أظهروا استجابة مميزة للمعالجة الدوائية بالمقارنة مع حالات القلق الأخرى.

4- الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية (Obsessions and Compulsions):

فيها يعاني المصاب من سيطرة أفكار وأفعال غير إرادية، تلح عليه ولا يمكن مقاومتها بحيث تظهر بشكل نمطي متكرر وذلك بسبب حالة القلق والتوتر الداخلي الذي يعانيه الشخص.(يوجد تفاصيل أكثر في الصفحات اللاحقة).

5- اضطرابات ما بعد الصدمة:(Posttraumatic Stress Disorder)

يعاني المريض بهذا الاضطراب من أعراض ظاهرة تشبه الأعراض الحادة والثانوية المرافقة للهلع، ولكن بدايتها تكون في الوقت الذي يخبر فيه الشخص موقفاً أو حادثاً خطيراً مهدداً له (هذا الحادث موقفاً ضاغط باعث على الشدة النفسية والعصاب)، ويستبعد الشخص تلك الأحداث (الضاغطه) أو الصدمة بحيث تظهر بشكل رمزي في الأحلام أو خبرات بديلة تدل على الصدمة النفسية أو الموقف الضاغط وتعبر عنه، فأعراض القلق، واضطراب النوم، وتجنب المواقف المثيرة، أو بعض الأحداث، وخاصة الشبيهة أو المرتبطة (بخبرة الصدمة) هي من الصفات المميزة لهذا الاضطراب.

6- اضطراب التوافق المرافق بالمزاج القلق (Adjustment Disorder with Mood)

تضم هذه الفئة عدداً من المرضى الذين خبروا حالات من القلق في فترة سابقة من حياتهم المهنية أو الأسرية أو علاقاتهم الشخصية والاجتماعية.

وأعراضها: غالباً ما تكون محدودة بفترة زمنية معينة، ولكنها قد تكون شديدة أو تتطلب تدخلاً علاجياً (عبد الله، 2001).

وفيما يلي شرح مفصل لكل مشكلة:

*** الاستجابة التحويلية الهستيريا Hysteria:**

الهستيريا اضطراب في السلوك تتحول فيه الصراعات النفسية إلى أعراض جسمية.

في هذه الحالة يتحول الصراع إلى أعراض جسيمة دون أن يكون لها أساس عضوي، وتنقسم إلى ثلاث حالات هي:

1- الاضطرابات الحسية الهستيرية مثل حالات النقص في حس من الحواس أو فقدان حاسة اللمس أو التذوق.

2- الشلل الهستيري : عندما يصيب الشلل عضو من أعضاء الجسم مثل الذراع أو الرجل.

3- الاضطرابات الهستيرية الحركية: تظهر في حالة عدم سيطرة الفرد على لزمات حركية فجائية حادة في ذراعه أو رقبته أو جفن العين. (الجسماني، 1994)

أعراض الهستيريا:

1- الأعراض الحركية: تتضمن الشلل الهستيري والارتجافات واللزمات والنوبات الهستيرية، فقدان الكلام، الغيبوبة الهستيرية.

2- الأعراض الحسية: فقدان الإحساس بالألم، العمى الهستيري، الصمم الهستيري، فقدان التذوق، أو الشم ..

3- الأعراض الحشوية : منها الصداع، والقيء والغثيان الهستيري...

أما الأعراض الهستيرية التحويلية فهي شائعة لدى مرضى الهستيريا ... (العناني، 2005)

الفروق المميزة بين نوبات الهستيريا ونوبات الصرع:

إن التشخيص الدقيق يفصل دوماً بين الحالات، ويتحاشى كثيراً من الخطأ الشائع بين العامة والباحثين، ولهذا لا بد من توضيح الفروق بين الهستيريا ونوبات الصرع بشكل دقيق:

1- المصاب بنوبات الصرع غير واع لما يدور معه وحوله بينما المصاب بنوبات الهستيريا هو عموماً واع لمن حوله.
2- في النوبات الهستيرية (الشدة الانفعالية) أقوى مما هي عليه في نوبات الصرع.
3- في النوبات الهستيرية يقوم المصاب بمحاولات الدفع والشد والقبض على ما حوله وكل ما يقع في يده، بينما المصاب بالصرع لا يفعل ذلك.
4- النوبات الهستيرية عموماً نفسية انفعالية لا يوجد بها تلف في الدماغ، بينما في الصرع التلف الدماغي ثابت ومؤكد ويستعمل العلماء (الموجات الكهربائية) للكشف على الصرع وتمييزه عن الهستيريا.
5- النوبات الهستيرية وسائل هروبه من (متاعب نفسية) يعاني منها المصاب في أعصابه ونفسه، أما نوبات الصرع فهي (إصابة عضوية) دماغية (ياسين، 2000).

*** الرهاب (الفوبيا) Phobia :**

الرهاب خوف مستمر من شيء أو موقف لا يمثل في العادة أي خطر فعلي للناس أو للمريض، يحدث الرهاب من الأماكن العالية والمكشوفة والمغلقة، ومن العواصف والبرق والرعد، ومن الدم والعدوى والجراثيم والمرض والألم، ومن الظلام والوحدة، ومن التجمعات البشرية، أو من الحيوان. والرهاب بهذا الشكل خوف مبالغ فيه.

والرهابي يضخم الخطر ويدرك ما لا يدركه الفرد العادي فيتعرض سلوكه للانتقاد وشخصيته للسخرية. يترافق الرهاب بأعراض مثل الصداع وألم الظهر،

واضطرابات المعدة، والدوخة، والإحساس بالعجز، والخوف من الوقوع بمرض عضوي خطير. (أسعد، 1986)

وتلعب خبرات الطفولة دوراً كبيراً في تكوين مخاوف الأطفال وكذلك فإن اقتران المواقف مع بعض المثيرات المزعجة، فقد يرتبط في ذاكرة الطفل اللاشعورية أو الشعورية فتكسبها تلك المواقف نفس قيمة المثيرات المزعجة كالطفل الذي عضه كلب أو هدده بشكل كبير في ركن مغلق لم يستطع الفرار منه، فإن هذا الطفل قد يخاف الأماكن المغلقة عند الكبر بالرغم من نسيان الخبرة نفسها وبالرغم من مصاحبته أو لعبه مع كلاب بعد تلك الحادثة. (الجسماني، 1994)

وينشأ الخوف بسبب أساليب التنشئة الخاطئة ومحاولة تخويف الصغار وعقابهم وبسبب تقليد الكبار (العناني، 2005).

* **الوساوس القهرية Obsession**

الوسواس القهري: مرض عضوي يصيب خلايا المخ وبالذات المواد الكيميائية المسؤولة عن توصيل الإشارات العصبية داخل خلايا المخ

www. Medicalegupt.com

رد فعل الوسواس القهري يقع تحت اصطلاح السيكاثينيا (Psychasthenia)، السيكاثينيا هي عدة اضطرابات ذات طبيعة قهرية، أو هي بالمعنى الحرفي نقص في الطاقة النفسية للابقاء على التكامل العادي.

ويمكن تعريف الوساوس أو الأفكار الوسواسية بأنها أفكار غير معقولة أو غير ذات فائدة تندفع باستمرار داخل شعور الفرد، (المليجي،2000)، أيضاً الوسواس القهري هي فكرة معينة أو أفكار تشغل ذهن الفرد باستمرار وهي غالباً ما تكون غير مقبولة على الإطلاق.

وغالباً ما تصاحب حالة الوساوس بأفعال قهرية يكررها الفرد رغماً عنه. وهذه الأعمال القهرية هنا رمزاً للصراع النفسي داخل الفرد (الجسماني، 1994).

اما الأفعال القهرية:

أفعال غير معقولة أو غير ذي فائدة يشعر المرء باضطراره القيام بها، ويمكن ظهورها أيضاً في الأشخاص الأسوياء في التوافق، مثال ذلك:

1- النقر على الخشب.

2- فرد الأشياء حتى تستقيم.

3- شد خيوط الكتان من أكمام الجاكيت.

4- النظام القهري، كالمبالغة في التنظيم حينما لا يوجد أهمية له أو ما يدعو له، مثل (فرد طرف السجاد أو تعديل وضع الأشياء على مائدة الطعام اثناء تناوله).

أما الأفعال القهرية في صورتها العصابية فتكون غير مقبولة عقلاً أكثر من السابق، وقد تنمو إلى أبعاد تتدخل بحدة (بعنف) في قدرة المريض على القيام بأعماله العادية الروتينية.

أعراض الأفعال القهرية:

تختلف الوساوس المرضية كثيراً في أشكالها، ولكن هناك استجابات كلاسيكية معينة يمكن ملاحظتها، وغالباً ما تدور الوساوس حول:

1- أفكار عن أفعال حقد عدوانية نحو الأهل أو الأزواج.

2- اهتمام خاص بالمرض والعدوى.

3- أفكار ارتدادية (أي كفر بالدين) تحدث لدى أشخاص متدينين جداً.

4- أفكار مصبوغة بلغة بذيئة فاحشة، أو بتفاصيل متطرفة، وربما أفعال جنسية منحرفة.

أيضاً تشمل بعض الأفعال القهرية العصابية ما يلي:

أ. العد مثل عد النجوم، أو وقوف سائق السيارة في مقدمة الطرق ليعد الطوابق للعمارة في مواجهته.

ب. غسل الأيدي (40-50) مرة في اليوم أو تكرار تنظيف السيدة بلاط المنزل بالماء والصابون عشرات المرات.

جـ. تسليك الزور (كالنحنحة) دون وعي.

د . الهمس (التمتمة).

هـ. كثيراً ما تأخذ الأفعال القهرية شكل سلوك طقوسي، خاصة فيما يخص باللبس أو خلع الملابس.

و. الأفعال القهرية المضادة للمجتمع مثل:

1- السرقة القهرية .

2- الجمع القهري للأشياء المثيرة جنسياً.

3- التطلع الجنسي والتأمل في جسم الشخص من الجنس الآخر والاحتكاك به، وملامسته، وكشف أسراره (المليجي، 2000).

اسباب الأفعال القهرية:

تُرجع نظريات التحليل النفسي في نمو الشخصية أصل النوع الوسواسي القهري من ردود الأفعال إلى إجراءات مكبوتة صارمة فرضت على الطفل خلال فترة الطفولة.

إن تاريخ هذا النوع من الشخصيات العصابية يكشف دائماً عن تأكيد مفرط للنظام والنظافة، كما ينحو عادة إلى التطرف في يقظة الضمير والمثالية، كما أنهم يقومون غالباً بمجهودات واضحة يكونوا عطوفين ومتبصرين، ومحاولة قمع مشاعر الغضب، والدراسة المتلعثمة تكشف عن البخل والعناد في هذه الشخصيات.

والوساوس والأفعال العصابية تخفض التوترات بتنفيس الصراعات والحاجات اللاشعورية المسببة لها.

الوساوس والأفعال القهرية حينما تعبر عن نفسها قد تفيد كرمز للصـراع، أو قد تفيد كتدابير دفاعية تمنع المادة المتصارعة من اقتحام العقل الواعي عليه كلية (المليجي، 2000).

ويمكن تلخيص أسباب الأفعال القهرية:

1- السعي وراء الشعور بالارتياح والأمن.

2- التخلص من التوتر وخفض الخوف.

3- التخلص من الشعور بالذنب والاثم وتـأنيب الضمـير عـن طريـق الانـهماك بجهد كبير لكي يبرروا وجودهم.

4- الإحباط المستمر.

5- الخوف وعدم الثقة بالنفس والكبت.

6- التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة المتسلطة.

7- التدريب الخاطئ المتشدد المتسلط عن النظافة والإخراج في الطفولة.

8- تقليـد سـلوك الوالديـن أو الكبـار المرضـى بالوسـاوس والأفعـال القهريـة. (القاسم وآخرون، 2000)

*** الوهن العصبي (النيوراستينا):**

يعرف الوهن العصبي بأنه شعور متطرف بالانهاك يضغط على صاحبــه في سلوكه العادي فيجعله مضطرباً أحياناً، ويستخدم الأفراد هذا المـرض كـرد فعـل لمشاعر تدني اعتبار الـذات أو عـدم التقبـل مـن الآخريـن بـهدف لفـت الانتبـاه والحصول على عطف الآخرين وتقديرهم.

ومن الأعراض التي تظهر على الفرد أنه يعاني من الفتور النفسـي إلى حـد الانهيار دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة، ويشكو مـن آلام مختلفـة في الجسم، وضعف الروح المعنوية، وعـدم الرغبـة في تحمـل المسـؤولية، والحساسـية الانفعالية الزائدة.

والوهن نـادر مـا يظهر منفصلاً عـن بعـض أسـاليب التوافـق الأخـرى كالتعويض والسلبية والتبرير والانسحاب وتوهم المرض.

أما الأسباب للوهـن العصـبي فـهي الاجـهاد الجسـمي، وعـدم الراحـة، والضغوط الانفعالية الشديدة المستمرة، وعدم كفاية النوم (العناني، 2005).

*** الاكتئاب Depression**

يتشكل من حالة انفعالية يعبر عن عدم الارتياح والضيق من الحياة والرغبة في الانعزال عن الناس والابتعاد عن قضايا المجتمع، ويعرفه جيمس وريغـر: بأنـه حالة انفعالية مرضية يصاحبها شعور بـالنقص وهبـوط عـام في النشـاط النفسـي للإنسان.

ويرد الاكتئاب إلى أسباب جسمية ونفسية واجتماعية متداخلـة، كالإصابـة بعاهه أو مرض مزمن، أو الفشل المفاجئ في بعض المواقف الحياتية كالرسـوب في الامتحان أو الفشل في الحب، أو الزواج، ومـن تلـك الأسـباب أيضـاً إحسـاس الشاب بالنبذ من قبل الآخرين وابتعادهم عنه سواء من الأصدقاء أو مـن الآبـاء عندما يتفاقم الصراع بين الأجيال.

فعندما يصطدم الشاب بالواقع بفرصه الضيقة وبقوانينه وأعرافه وإمكانياته المحدودة، يجد أن طموحاته صعبة المنال، وأن أحلامه قـد تبـددت حيـث لا يمكـن تحقيقها، فإنه بذلك يدخل إطار الاكتئاب نتيجة للصراع بين الرؤية المثالية والواقع الحياتي.

وقد ربطت دراسـات علـم النفس بـين الاكتئـاب والانتحـار، وقـد رأى (فرويد) أن كل إنسان لديه صراع بين الحياة والموت، فإذا كانت إرادة الحيـاة هـي المتغلبة على الرغبة في الموت أصبـح الإنسـان متفـائلاً، أما إذا كـانت الرغبـة في الموت هي المتغلبة أصبح الإنسان متشائماً.(الغرايبة، 2007)

يعـرف الاكتئـاب بأنـه حالـة انفعاليـة وقتيـة أو دائمـة، يشـعر بـها الفـرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشـؤم، فضـلاً عـن

مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز، وتصاحب هذه الحالة أعراض محدودة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وانخفاض الجدارة، و شعور اليأس والأسى ،وفقدان الثقة، والأفكار الانتحارية. (عبد الخالق وعبد الغني، 2005)

وتظهر هذه الحالة نتيجة لفقدان عزيز على النفس كالزوج، أو الابن، أو فشل في الدراسة أو إفلاس في تجارة أو الأزمات الانفعالية الشديدة.

ويتميز العصابي المكتئب عن الذهاني المكتئب بأن الأول لا ينفصل تماماً عن حياة الواقع بينما يفقدها الثاني. (الجسماني، 1994)

يشكل الاكتئاب ما بين (20-30٪) من مجموع الاضطرابات العصابية، والاكتئاب العصابي مواجهته للضغوط الشديدة بسلوك مشحون بالحزن والغم، ويطول الاكتئاب أسابيع أو أشهر ثم تنجلي الأعراض تاركة خلفها مزاجاً من الكآبة المعتدلة. (أسعد، 1986)

ويعد الاكتئاب أقدم اضطراب نفسي طبي مسجل عبر التاريخ، ويحدث في كل الثقافات منذ القدم وحتى الآن، والحقيقة أنه لا يوجد إنسان تقريباً لم يعاني من درجة أو أخرى من درجات الاكتئاب، إذ يمر كل فرد تقريباً - من خلال مرحلة من مراحل حياته - بعرض أو آخر من الأعراض الدالة على الاكتئاب، ومن هنا يمكن القول أن الاكتئاب خبرة إنسانية عامة. ولكن الأمر المهم أن هذه (الخبرة الاكتئابية) ليس من الضروري أن تصل إلى الاضطراب الذي يحتاج إلى تدخل علاجي، فإن النسبة الكبيرة ممن يعانون من هذه الأعراض يتحسنون بشكل تلقائي، أو تنجح خبرات معينة في الحياة تمكنهم من التغلب على هذه المشاعر أو تلك الأعراض، فتكون الخبرات السارة بمثابة واق ضد مشاعر الاكتئاب، وبخاصة في درجاتها المنخفضة.

وللاكتئاب درجات في الشدة حيث يتراوح بين الحزن البسيط وتثبيط الهمة، والضغوط، كما يختلف الاكتئاب من حيث دوامة، أي استمراره بوصفه حالة تنقلية وقتية زائلة، ومن حيث هو سمة مستمرة وغالبة على الفرد تشمل كل جنبات حياته، فتلونها يكون أسود قاتم لفترة طويلة. (Vieta, Nieto, Gasto and (Cirena, 1992

ويندرج الاكتئاب في فئة الاضطرابات الوجدانية، ويشترك اضطراب الاكتئاب الأساسي بين كل من الطفولة والمراهقة والرشد، وتعتمد المحكات التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب الأساسي (فترة مفردة أو معاودة) على وجود فترة أكثر من الاكتئاب الأساسي، وتعتمد **محكات الفترة الاكتئابية الأساسية – تبعاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية – على ما يلي:**

أ . وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغيراً في وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما :

1- المزاج المكتئب: مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى)، وكذلك من الملاحظة التي يقوم بها الآخرين (كأن يبدو الفرد دامعاً)، (ملاحظة) يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

2- فقد الاهتمام: الاهتمام أو السرور بشكل واضح بكل الأنشطة (أو غالبيتها) معظم اليوم، كل يوم تقريباً.

3- فقد واضح للوزن دون نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً.

4- الأرق، أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.

5- التهيج النفسي الحركي أو التأخر كل يوم تقريباً، وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتململ أو الإبطاء.

6- التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7- مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة أو الذنب الزائد أو غير المناسب.

8- تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما عن طريق التقرير الذاتي، وإما تبعاً لملاحظة الآخرين).

9- أفكار موت معاودة (ليس مجرد خوف من الاحتضار)، وأفكار انتحارية معاودة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب. لا تحقق الأعراض محكات الفترة المختلفة.

جـ. تسبب الأعراض ضيقاً وألماً إكلينيكياً واضحاً، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

د .لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل: سوء استخدام العقار، أو دواء طبي) أو حالة طبية عامة (مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية).

هـ. لا تفسر الأعراض بشكل جيد عن طريق الفقد، أي بعد خسارة أو فقدان شخص حبيب، وتدوم الأعراض مدة شهرين، أو تتصف بأنها معوقة إعاقة واضحة وظائف الفرد، مع انشغال مرضي بعدم الجدارة، والأفكار الانتحارية، والأعراض الذهانية، أو التأخر النفسي الحركي (عبد الخالق وعبد الغني، 2005).

الأعراض المتشابكة التي تبرز عن الاكتئاب،

وتقسم إلى : مظاهر عضوية، وأخرى ذهنية، وثالثة اجتماعية.

1- المكون العضوي: الشعور بالتثاقل وانحطاط القوى الحركية ومحورها، ومعاناة اختلالات بدنية وآلام عضوية.

2- الجانب الذهني: يتصل بهيمنة البؤس والكدر، والوقوع فريسة لمشاعر الذنب والتأنيب المرضي للذات، وتشوه النظرة إلى العالم مع تسلط الأفكار السوداوية والالتزامية.

3- البعد الاجتماعي: تشوش في العلاقات الاجتماعية وتراجع القدرة على

التواصل مع المحيط. (سليمان والقضاة، 2004)

هناك نوعان من الاكتئاب:

1- وراثي ويكون فيه الإنسان جاهزاً للإصابة به مع التعرض لأبسط الظروف الضاغطة، وهو نوع يتكرر على فترات، والوقاية منه لا بد أن تكون بالعقاقير التي يطلق عليها منظمات المزاج، وبالطبع إستخدامه لا بد أن يكون تحت إشراف طبي.

2- النوع الثاني من الإكتئاب فهو الاكتئاب التفاعلي وهو الناتج عن الضغوط النفسية الشديدة أو الحرمان أو الصراع النفسي، ويمكن الوقاية منه بممارسة التمارين الرياضية وتمارين الاسترخاء، والحياة الاجتماعية السوية، والتمسك بتعاليم الدين والقيم الايمانية. (www. MedicalEgypt. com)

ويميل الأفراد موضع الاكتئاب إلى نمطية معينة في تفسير الأشياء، يغلب عليها جملة من الخصائص، وأبرزها:

1- التجريد الانتقائي: بحيث يركز المكتئب على جوانب الضعف والقصور، ولا يرى إلا الملاح السلبية من النتائج.

2- فرط التعميم: ما يعني إسقاط التجربة الفاشلة على سائر الخبرات، وبصورة مطلقة.

3- الحط من شأن الذات وعزو المساوئ إليها، وما يشير إلى نزوع الفرد لتحميل نفسه مسؤولية الأحداث السيئة، من دون وجود ما يسوغ ذلك (سليمان والقضاة، 2004).

*** تدني اعتبار الذات**

إن شعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة ويفتقر إلى احترام الذات يؤثر على دوافعه وعلى سلوكه، فهو ينظر إلى كل شخص بمنظار تشاؤمي، فالكثير من مشكلات الطفولة المبكرة ينجم عنها الشعور بانخفاض اعتبار الذات، فالشعور الذي يحمله الأطفال نحو أنفسهم هو أحد محددات السلوك البالغة الأهمية.

فالأطفال يجب أن يحملوا شعوراً جيداً نحـو أنفسـهم أي أن يكـون لديـهم مفهوم إيجابي للذات.

إن الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بالذات لا يكونون متفائلين ويشـعرون بالعجز والنقص والتشاؤم ويفقدون الحماس بسرعة، وتبدو الأشياء بالنسـبة لهـم وكأنها تسير بشكل خاطئ، وهم يستسلمون بسهولة وغالباً ما يشـعرون بـالخوف ويتعاملون مع الإحباط والغضب بطريقة غير فاعلة، ولسوء الحظ فـإن سـلوكهم يؤدي غالباً إلى أن يحمل عنهم الآخرون صورة سلبية كالتي يحملونها عن أنفسهم. (القاسم وآخرون، 2000)

وقد انبثق من النظرية الاجتماعية مفهوم جديد هو (فعالية الذات) والـذي يشكل أساساً في الإطار النظري للنظرية الاجتماعية المعرفيـة، والـتي تفـترض أن تحصيل الفرد يعتمد على التفاعل بين سلوك الفرد، والعوامل الشخصية كالتفكير والاعتقادات والمتغيرات البيئية.

فعالية الذات: تشير فعالية الذات إلى اعتقادات الفرد في قدرته على التعلم أو القيام بسلوك ما عند مستويات معينة في الأداء.

ويقصد أيضاً بفعالية الذات أحكام الأفراد على قدراتهم في تنظيـم وتنفيـذ المهارات العملية المطلوبة للحصول على أنواع منظمة من الأداءات.

وتساعد فعالية الذات في تحديد ما يمكن للأفراد فعله مستخدمين معارفـهم ومهاراتهم، وتؤثر اعتقـادات فعاليـة الـذات في العمليـات الدافعيـة والعمليـات المنظمة ذاتياً بطرق عدة، فالأفراد تجذبهم المهام التي يشعرون فيها بالكفاءة والثقة، ويتجنبون تلك المهام التي لا يشعرون فيها بـهذا، كمـا تسـاعد اعتقـادات فعاليـة الذات في تحديد كمية المجهود الـذي يبذلـون في النشـاط، والمدة الـتي يقضيـها في مواجهة العقبات، ومرونته في مواجهة المواقف الضاغطة، كما تؤثر فعالية الـذات على نمط تفكير الفرد وردود أفعاله الانفعالية، ففعالية الذات المرتفعة تخلق شعوراً بالهدوء في مواجهة المـهام والمشـكلات الصعبـة، بينمـا يشعر منخفضـوا الـذات

بمستويات مرتفعة من القلق والإحباط ورؤية ضيقة في حل المشكلات. (رمضان، 2004)

أسباب تدني اعتبار الذات:

1- **أساليب التنشئة الخاطئة:** فالحماية الزائدة تحرم الأطفال من أن يتعلموا التعامل مع المشكلات بأنفسهم، وبالتالي لا يشعرون بالاستقلال ولا يحترمون قراراتهم الخاصة، وغالباً ما يصبحون جبناء، خائفين من الوقوع بالأخطار، كذلك الإهمال، فعندما يهمل الأهل أطفالهم فيتركونهم ليعتنوا بأنفسهم لوحدهم، يكونوا انطباعاً بأنهم غير جديرين بأن يعنى بهم، والنتيجة لذلك الشعور هو عدم الجدارة.

2- **التقليد:** إن الآباء الذين يشعرون بتدني في اعتبارهم لذواتهم يقدمون نماذج غالباً ما يقلدها الأطفال.

3- **الاختلاف والإعاقة:** إن الأطفال الذين يبدون مختلفين اختلافاً كبيراً عن الآخرين يشعرون عادة بانخفاض في اعتبار الذات.

العلاج:

1- التركيز المكثف على الخصائص للطفل وعلى جوانب القوة لديه.

2- تزويد الطفل بخبرات بناءة لإعادة ثقته بنفسه.

3- مكافأة السلوكات الايجابية لدى الطفل، وتوضيح ذلك للطفل لإدراك العلاقة السببية بين المكافأة وسلوكه الايجابي. (القاسم، وآخرون، 2000)

**** الحالات الذهانية Psychosis :**

تختلف حالات الذهان عن الحالات العصابية، بأن المريض في الحالة الأولى يكاد يكون منفصلاً عن الواقع، وسلوكه يتميز بأنه قد يكون فيه خطر على نفسه أو على المجتمع، عاجزاً عن حماية نفسه، وعاجزاً عن التوافق مع المجتمع.

وأهم حالات الذهان:

الفصـام العضلـي (الشـيزوفرينيا)، ذهـان الهـوس، والاكتئـاب، والذهـان العضوي في حالات مختلفة (أمراض - إصابات الدمـاغ- التغيـرات الكيميائيـة). (الجسماني، 1994)

*** الذهان (الأمراض العقلية)**

الذهان نوعان:

1- ذهان عضوي المنشأ، وهو الذي يرجع المرض فيه الى اسـباب عضويـة نتيجـة لتلف في الجهاز العصبي وخلل في وظائفه مثل الصرع وذهان الشيخوخة .

2- ذهان نفسي المنشأ، مثل الفصام والهذاء (البارانويا) وذهان الهوس الاكتئابي.

للذهان اسباب عديدة أهمها:

1- الاستعداد الوراثي والأمراض العصبية.

2- الصراعات النفسية الشديدة والاحباطات.

3- مشكلات الطفولـة المبكـرة والحرمـان وأسـاليب التنشـئة الخاطئـة (العنـاني، 2005).

*** الذهان العضوي:**

ليس حالة بل إنه مجموعة من الحالات الذهانية ترجع إلى تلـف في أنسـجة المخ، وهي مختلفة ومتنوعة ومتعددة الدرجات.

وتظهر على الفرد من الناحيـة السـلوكية تدهـورات تعطـل في العمليـات العقلية، واضطرابات انفعالية وتقلبات المزاج، كمـا يرافقـها انخفـاض في التوافـق الاجتماعي.

وقد تحدث حالات الذهان نتيجة للحالات المختلفة التي يصاب بها الدماغ فيؤدي إلى تلف أنسجة الدماغ والجهاز العصبي المركزي فتـؤدي بدورهـا إلى لـون

من ألوان الذهان، وغالباً يكـون الخلـل النـاتج عـن هـذه الحـالات مقصـوراً في الوظائف الحسية أو الحركية أو كلاهما معاً.

وكثيراً ما تصاحب هذه الحالات هلاوس واضطرابات انفعالية شديدة مـع تدهور عقلي، أما عن العلاج النفسي فهو في خلـق نمـاذج سـلوكية للتوافـق مـع حالة الفرد بعد الإصابة.

أما النوع الثاني من حـالات الذهـان العضـوي فـهو الذهـان النـاتج عـن الإصابة ببعض الأمراض التي يكون لهـا مضاعفـات تصـل إلى التأثـير في الجـهاز العصبي وخاصة المخ. فالزهري قد يؤدي إلى الشلل وإلى تلف أنسجة المخ.

تظهر لدى المريض أعراض متعددة مثل البلادة العامة وفقدان الانعكاسات العصبية مثل حركة الشفتين والنسيان، وتظهر أعراض الهـوس والاكتئـاب، كمـا تصاحب حالته اضطرابات انفعالية وتدهور عقلي، وقد تسوء الحالة فيموت.

أيضاً هناك حالات ذهانية تنشأ عن التغيرات الكيميائيـة في الجسـم أهمـها حالات الادمان الكحولي حيث يعاني المدمن من الهـلاوس والهـذاء، مـع فقـدان الذاكرة للأحداث القريبة.

كما أن هناك حالات الذهان تنشأ عن كبر السن، حيث أن خلايـا الدمـاغ تتدهور وظائفها بكبر السن وقد يتلف جزء منها نتيجة لتصلب الأوعيـة الدمويـة بالمخ، فتنقص كمية الأكسـجين الـواردة للمـخ فتقـل كفاءتـها في أداء الوظـائف المختلفة.

* الصرع (عضوي المنشأ):

هو اضطراب في وظيفة الجهاز العصبي المركزي النـاتج عـن خلـل مفـاجئ لوظائف الجهاز العصبي (تفريغ سيالات كهربائية زائدة في الدماغ) والذي يـؤدي إلى سقوط المصاب به فجأة بنوبات تشنجية ويصاحبها تقلصـات عضليـة تصيـب جميع أجزاء الجسم تدوم بضع دقائق مع فقدان الوعي لفترات مختلفة.

والصرع هو اضطراب مؤقت يصيب الإنسان بسبب زيادة مفرطة في الحركة العصبية في الدماغ، ويحدث على شكل نوبات يتأثر فيها الإحساس، أو السلوك الحركي، أو المزاج، أو الإدراك، أو التفكير للإنسان المصاب به.

وعلى الرغم من تباين النوبات الصرعية إلا أنها تتشابه في كونها:

1- تظهر وتختفي فجأة فهي لا إرادية.

2- تستمر لفترة زمنية قصيرة.

3- متشابهة في الحالات التي تحدث بها.

4- تشتمل على سلوك حركي نمطي غير عادي.

5- تؤدي في العادة إلى فقدان الوعي. (عبيد، 2001)

هناك ثلاثة أشكال معروفة من التشنج الصرعي وهي:

1- النوبة الكبرى: السمة الرئيسة لهذا النوع من النشاط الحركي الصنف (التشنجات). مع فقدان الشعر ...

2- النوبة الصغرى: استجابة صرعية سريعة تستمر من عدة ثوان إلى دقيقة.

3- النوبة النفسي حركية: ويحدث هذا النوع في الأطفال والراشدين وتكون أعراض هذه النوبات مثلاً الدوران، توقف النشاط..، هذه النوبة تشكل خطورة كبيرة على المريض لأنه عادة غير واع أثناء النوبة.

بناء الشخصية لمرضى الصرع: يوصف مرضى الصرع بالحساسية الزائدة وإيثار الذات، كما قد يتصف مزاجهم بالمشاكسة وسرعة الغضب أو يتصف سلوكهم بالحمق والأنانية والسلوك غير الاجتماعي.(أبو النصر ، 2005)

أسباب الصرع: من العوامل التي تهيئ الفرصة لحدوث النوبة ما يلي:

1-الضغوط النفسية.

2- التعب والإرهاق الجسدي.

3- تناول الكحول.

4- انخفاض نسبة السكر في الدم.

5- اللمس المفاجئ.

6- عدم النوم وقلته .. (عبيد،2001)

علاج الصرع ورعاية مرضى الصرع

1- علاج نفسي يتجه إلى استبصار المريض نفسياً وعقلياً.

2- تنظيم العوامل البيئية للتقليل من التشنجات وتخفيف حدة الضغط الخارجي، وهو دور الأخصائي الاجتماعي.

3- العقاقير الطبية الخاصة بالصرع.

4- على الأسر أن توفر الرعاية السليمة للمريض وتقبله وعدم الإسراف في التدليل حتى يتاح له فرصة أن يثق في نفسه.

5- عدم السماح للمريض بأن يطل من نافذة حتى لا تفاجئه النوبة، ففي هذا خطورة كبيرة على حياته.

6- عدم إعطاء المريض أشياء حادة كالسكاكين لاستعمالها دون إشراف عليه، حتى لا تكون سبباً في الأضرار عند حدوث النوبة.

7- وضع برنامج للتوعية بالمرض وطبيعته وما يجب أن يتخذ حيال المريض له إجراءات لتفادي استفحال المرض. (أبو النصر، 2005)

*** ذهان الشيخوخة (عضوي المنشأ):**

يحدث نتيجة إصابة الجهاز العصبي بالضمور، وكبر السن يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية، ومن أهم الأعراض لهذه الحالة ضعف الذاكرة واضطراب التفكير والهذاء كأن يعتقد المريض أن أسرته تحاول دس السم له.

ومن حالات ذهان الشيخوخة (ذهان الشيخوخة البسيط، والاكتئابي والاضطهادي. (العناني، 2005)

* **الفصام (شيزوفرينيا) Schizophrenia أو (جنون المراهقة)**

الفصام هو أكثر أشكال المرض العقلي شيوعا، تعني الفصام انقسام النفس، أو (خرق الشباب)، وهو عدة أنواع وتختلط أحياناً حتى يصعب على الطبيب أن يعين نوع الفصام الذي أصاب مريضاً بالذات.

ومن أنواع الفصام ما يلي:

1- **الفصام البسيط:** وهو يتميز بالتأخر النفسي العام، فالمصاب يجلس ويحدق في الفراغ، ولا مطمع له ولا رغبات، ويتمشى في الشوارع ويركض وراء عربات النقل أو يعيش في المستشفى لا يقوم بأي عمل، فهو منطو على ذاته إلى أبعد الحدود ولا يهتم بما يجرى حوله، كثيراً ما يعجز الأطباء عن شفاء أمثال هؤلاء المرضى فيقضون أعمارهم في المستشفى ليموتوا في عمر متأخر أحياناً. (الجسماني، 1994)

2- **فصام السخافة:** وهو يتميز بسخافة الأعمال وعدم اتساقها وانسجامها، ولقد وجدت إمرأة مصابة بهذا المرض في الغرفة الخاصة بالرجال في إحدى محطات سكك الحديد بأميركا وقد تعرت من ثيابها كلها، وأخذت تغسلها في المغسلة وكانت تضحك وتمزح، وعند مناقشتها كانت تقوم بحركات وإشارات سخيفة وتعجز عن الإجابة المنطقية، حتى إنها أغرقت بالضحك عندما أخبرت بوفاة أمها.

3- **فصام التصلب (أو التشنج):** وهو يتصف كما يدل إسمه بأوضاع تشنجية متصلة وفقدان للمرونة وسلبية، فقد يتخذ المريض وضعاً يبقى عليه ساعات طويلة لا يغيره، وإذا حاول أحد تغيير وضعه يقاوم ويعود إلى سابق وضعه، وهو يصمت ولا يتكلم، وقد يبتسم ابتسامة بلهاء وأثناء جلوسه كالخشب، وكثيراً ما يتحتم إطعام هؤلاء بالأنابيب والحقن لرفضهم السير.

4- فصام الفترة الثابتة:

هو أهم أنواع الفصام ويتميز بوجود فكرة ثابتة عند المريض من مثل اعتقاده بأن الناس يسممونه أو يضعون مسحوق الزجاج في طعامه أو أن شرطياً سرياً يتبعه.

5- **فصام الطفولة**: يتميز الفصام الذي يحدث في الطفولة المبكرة بضعف الانتماء للآخرين، وبميل قوي للمحافظة على رتابة الأشياء، وبتشويش الظواهر الفكرية وتفككها، تتشوه صورة الطفل عن نفسه ويضعف احتماله للضغوط النفسية والإحباط، وتنفجر نزعاته العدوانية وتنفلت من القيود الضابطة، تضطرب الفعالية اللغوية لدى المصابين بفصام الطفولة فتتأخر بداية الكلام لديهم، وتختلط معاني الكلمات، ويسوء استخدامها، مما يضعف قدرة اللغة لديهم كوسيلة اتصال مع الآخرين، يكون سلوك هؤلاء كأنها في قوالب جامدة في المكان فيتأرجحون ويلتفتون بصورة مباغتة او يمشون على رؤوس أصابعهم (اسعد، 1986).

أسباب الفصام :

من العوامل التي تؤدي إلى نشأة المرض كثيرة، وتشمل العوامل التكوينية، والعصبية، والانفعالية، والاجتماعية والبيئية، ويحتمل وجود عوامل استعدادية كالعوامل التكوينية أو الجسمية، كما يحتمل وجود عوامل نفسية وبيئية تعمل على تقوية العوامل الاستعدادية أو مقاومتها أو إضعافها.

أما العوامل الوراثية، فهناك دراسات ترى أن مرضى الفصام يغلب ظهورهم في عائلات لها تاريخ مرضي معين. (المليجي، 2000)

أعراض الفصام:

رغم أن الشخصية تبدو متماسكة نسبياً، فإن تنظيم الشخصية قد يضطرب في حالات أخرى حتى تفقد الشخصية تكاملها، وقد يتفاقم الاضطراب ويزداد عنفاً. وغالباً ما يتصف هؤلاء الأشخاص بالحساسية المفرطة، وعدم المرونة والبرودة، والشك، واحتقار النظام، ولديهم تقيم ذاتي داخلي غير واقعي مصحوباً بأهداف غير معقولة، وحينما يفشلون في تحقيق أهدافهم، فإنهم يبررون فشلهم بالدوافع العدوانية (المليجي، 2000).

ينفصل المريض في هذه الحالة عن الواقع، يظهر منعزلا وتظهر علية علامات ذهنية ولغوية شاذة، فتظهر الهلاوس البصرية أو السمعية والهذاءات وهي المعتقدات الخاطئة. (الجسماني، 1994)

ويتميز المريض بالنكوص، وقطع الصلة بالعالم الخارجي، وحصر الاهتمام في ناحية واحدة ذاتية، لذلك يشعر بأن كل شي في العالم الخارجي قد فقد واقعيته وحقيقته، لذا يحيا الفصامي في عالم خيالي وهمي، تخلصاً من مشكلات الواقع التي تواجهه، فينسحب متراجعاً متجاهلاً إياها دون محاولة حلها حلا إيجابياً، وذلك تجنباً للفشل، وفراراً من تحمل المسؤولية، لعل ذلك يخفف التوتر الناشئ عن وجود تلك المشكلات (المليجي، 2000).

وأعلى درجات الفصام يسمى (الفصام الهذائي) (البارانويا)وهو ما يسمى بجنون العظمة والاضطهاد في معظم الأوقات، فإن المريض يشكو ظلم الناس له ويحاول أن يقدم الأدلة على ذلك ويعمم على هذه الأفكار التي قد تؤدي به إلى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار.

وعندما تتركز الهذاءات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض، فإن هذا النوع من الفصام يسمى (الفصام الهبفريني)، والهذاءات عبارة عن شتات هلاوس كأن يشعر المريض بدخول التراب إلى قلبه أو الاسمنت ..وفي إثناء الاختبارات فإن هذه الحالات نجدها تبتسم أو تضحك دون مبرر مع تقديم

أفكار غريبة لا علاقة لها في الإجابة عن الأسئلة في الاختبار، ويتميز المريض بالطفيلية والنكوص إلى مرحلة بدائية لا يراعي عرف ولا تقاليد. أما إذا كان الاضطراب الحركي أوضح الأعراض فإن الفصام يسمى بـ (الفصام الكتانوني) سواء كان ثائراً أو تخشبياً، فالمريض قد يتحرك ثائراً عنيفاً، أو يجلس كالتمثال مع محاولة الآخرين تغيير وضعه وتحريكه من مكانه، علماً أن المريض يدري بكل شيء يدور حوله أثناء ظهور الأعراض (الجسماني، 1994).

أما الحالة البسيطة فينذر ظهور الأعراض الحادة في هذه الحالة إلا أن التدهور يعتريها ببطء مستمر، ويبدو المصاب بها وكأنه واحد من ضعفاء العقول لعدم قدرته على التمييز ومظاهر عدم المبالاة التي تعتريه.

والاضطهادية: تتميز بالأوهام في المعتقدات والأفكار والأفعال الاضطهادية وهي تختلف عن جنون الاضطهاد في أن أوهام المريض بها عبارة عن أوهام غريبة خارجة عن حدود التصور ولا منطقية فيها.

أما شبه العصابية : فتنشأ الانفعالات في هذه الحالة فيما تتميز به الحالات الأخرى من الفصام من ناحية البرود العاطفي والنزق والجمود، وتختلف في أن المريض بمرض عصابي نفسي يحلو له الشكوى عن آلامه وتحليلها والتفكير بها، بينما يصف المريض شبه العصابي الأمن وصفاً غامضاً واهياً ويكررها المرة تلو المرة دون أدنى دليل على الاستبصار والإدراك لحقيقة مشاكله. (العناني، 2005)

علاج الانفصام:

يلجأ الأطباء إلى أنواع مختلفة من العلاج لمواجهة الفصام منها:

الصدمات الكهربائية، أو الأنسولين ..وهذه العلاجات تفيد أحياناً أو ثمة علاج آخر هو الجراحة التي يلجأ إليها الأطباء كعلاج أخير، وذلك لأنها تشتمل فتح الجمجمة وما يتلو ذلك من أخطار معروفة، ومن التقارير عن نتائج أمثال هذه الجراحة مشجعة لحسن الحظ. (كيال، 1993)

*** الهذاء أو ذهان الاضطهاد (البارانويا)**

يتضمن مفهوم البارانويا معاناة المريض من الهذاء، ويدور الهذاء حول الإتهام أو العظمة، يتصف مريض البارانويا بالغيرة والشك كما يميل إلى الانتقام والمباهاة والحساسية الزائدة مع الجمود والتزمت ومع هذا فهو يبدو عادياً جداً وغالباً ما يكون مرتفع الذكاء.

أما أسباب جنون الاضطهاد: هناك عدداً قليلاً جداً من العوامل الجسمية المسببة للبارانويا.

أيضاً تبين وجود علاقة سيئة جداً بين الطفل وأمه في السنتين الأولين من عمره يؤدي إلى الإصابة بهذا المرض .. فخبرات الطفولة السيئة والقسوة والحرمان، وعدم قدرة الفرد على إقامة علاقة طيبة مع الآخرين من أهم الأسباب المؤدية لهذا المرض (البارانويا). (العناني، 2005)

*** ذهان الهوس الاكتئابي أو جنون الهوس الاكتئابي:**

تتميز هذه الحالة بالمرح البالغ أو الاكتئاب الحاد، وحالة الهوس تصاحب بتدفق الأفكار في سرعة هائلة، وتشوه زائد ونشاط مفرط، وفي النوع البسيط تسمى الهوس البسيط (هيبومانيا)، وقد تظهر هذه الأعراض في جو العمل في صورة نشاط وحيوية ولكن كثيراً من المشاكل الاجتماعية التوافقية بكلامه ونصائحه وتدخله الزائد في كل ما يعنيه أو لا يعنيه، وقد يسيطر على نفسه في اللحظات الحرجة.

وفي الحالة الشديدة من المرض وهي الهوس الزائد (هيبومانيا) يكون الشخص هائجاً ويفقد التحكم في تصرفاته، وبذلك فإنه يمثل خطراً على نفسه وعلى الآخرين أيضاً.

أما في حالة الاكتئاب فهي على عكس الهوس حيث تجد خمولاً شديداً وشعوراً بالحزن واليأس، والضعف أو شعوراً بالذنب اللامنطقي، وقد ويقدم المريض على الانتحار عدة مرات حتى ينجح.

وما يميز المريض بالهوس والاكتئاب ثبات اتجاه الهوس أو الاكتئاب فهو لا ينتقل من الأولى إلى الثانية أو بالعكس (كما في حالة السوي) حتى لو كانت الحالة من النوع البسيط. (الجسماني، 1994)

أما أسباب المرض: فهي العوامل النفسية في علاقات الوالدين بالأبناء، خاصة التذبذب في مزاج الوالدين، كما أن الاستعداد للمرض والتي تتميز بها الشخصية قبل الجنون، لها أثرها الفعال في حدوثه، مثل الطموح والانشغال المفرط في النجاح. وكذلك يبدو الانعكاسات النفسية للضغوط البيئية لها عامل مؤثر أيضاً والنظام المتطرف في حياة الطفولة المبكرة (المليجي، 2000).

ويعتقد أنه للعوامل الوراثية دوراً مهيئاً للإصابة بمرض الهوس الاكتئابي، كذلك الضغوط النفسية والاضطرابات النفسية الانفعالية الشديدة والمعايير الجامدة، والعقاب من العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى هذا المرض. (العناني، 2005)

*** السواد الانتكاسي:**

هي حالة تشبه الاكتئاب، وتحدث للنساء في سن اليأس بين (40-50سنة)، وللرجال ما بين (50-60) سنة، وقد تكون مرتبطة بالتغيرات الفسيولوجية في تلك الفترة وفكرة الرجل أو المرأة عن النفس والدور الذي يقوم به في الأسرة أو المجتمع من الناحية الجسمانية والفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية.

وتتحسن الحالات بالرعاية النفسية والاجتماعية المناسبة لخلق توافق أفضل. (الجسماني، 1994)

الفرق بين العصاب والذهان:

يختلف العصابي عن الذهاني في السلوك العام وفي طبيعة الأعراض وشدتها اختلافه عنه في قدرته على التوجه (المكان) والتبصر بمشكلته مما يجعل الذهاني خطراً على أمن المجتمع وحياة الناس ويستدعي أخذه للمستشفى للوقاية من

إيذاءه، ولعلاجه لابد أن نعرف الفروق بين العصابي والذهاني في الوظائف النفسية الأساسية.

	العصابي	الذهاني
السلوك العام	- درجة دنيا من تفكك الشخصية. - حد أدنى من تدهور العلاقات الاجتماعية والاتصال بالواقع.	- تفكك شامل حاد للشخصية. - توقف الصلة بالواقع ودقة العلاقات الاجتماعية
الأعراض	- آليات دفاعية متعددة تسيء إلى جانب جزئي من التكيف الفردي الذي يرتبط بالمشكلة المعاناة. - انعدام الهلوسة وسلامة الفكر والشعور والعقل من الانحراف.	- تطور الآليات الدفاعية إلى أوهام مزيفة وهلوسات خاطئة. - بلادة الشعور وانحراف العقل وتشوه الفكر.
التوجه	- إدراك العصابي لذاته في المكان والزمان وندرة توهانه.	- فقدان الذهاني لإحساسه لهويته وتغييم وجوده في كل من الزمان والمكان.
التبصر	- إحساس العصابي بشذوذ سلوكه بدرجة ما من درجات الوعي.	- جهل الذهاني بمشكلته وعجزة عن تقويم سلوكه.
العلاقات الاجتماعية	- عدم بلوغ العصابي مرحلة الاعتداء الصريح على حياة الناس.	- استطالة يد الذهاني العمياء لأرواح الناس الأبرياء.
العلاج	- قدرة العصابي على متابعة مهنته وانعدام الحاجة لأخذه للمستشفى.	- يعتبر وضع الذهاني في المستشفى شرطاً ضرورياً لعلاجه ووقاية الناس من شروره.

(أسعد، 1986)

العلاقات بين المرض النفسي والمرض العقلي:

مع أن هناك رأياً يرى المرض النفسي كمرحلة مبكرة من المرض العقلي، فهناك دليل إحصائي واضح على أن كلاً من الأمراض النفسية والعقلية لها وحدتها الذاتية المستقلة.

لقد كشفت الدراسات التتبعية للأمراض النفسية على أن هناك (4٪-7٪) فقط من الحالات تطورت إلى مرض عقلي فيما بعد، إلا أن هناك احتمالاً قوياً ببطلان أو خطأ التشخيص في الأصل لبعض أفراد هذه المجموعة. فضلاً عن ذلك، هناك (5 أو 10٪) من السكان عموماً يبدو منهم ردود أفعال تشبه سلوك المريض العقلي في بعض الأحيان، فإن هذا يوحي بأن ميل العصابين للمرض العقلي لا يزيد عن ميل غير العصابيين (الأسوياء).

وعادة لا يحدث الانحلال لدى العصابي، والتحسن متوقع، بينما قد يوجد الانحلال في الحالات المزمنة من المرض العقلي، وقد يقل تكرار إلحاقه بالمستشفى وذلك حينما يقل تعرضه لنوبات المرض.(المليجي، 2000)

وفيما يلي نذكر مقارنة بين العصابية ومرض العقل من حيث بعض الخصائص:

	العصابيين	مرضى العقل
أسباب المرض	- العوامل ذات المنشأ النفسي ذات أهمية.	- العوامل الوراثية لم يحدد أثرها بعد والعوامل التكوينية أو الفطرية ذات أهمية في معظم الحالات. - والعوامل العصبية والسموم غالباً تحديدية. - العوامل ذات المنشأ النفسي لها فعاليتها أيضاً.
السلوك العام	- حديث العصابي متماسك وتفكيره منطقي وفقدان صلته بالواقع محدودة، والهلاوس والهلوسات غير ملحوظة.	- حديث المريض وتفكيره غير متماسكين، وسلوكه أهوج غير معقول، كما أن الهلاءات والهلوسات شائعة.
التوافق الاجتماعي	- سلوك العصابي في اتساق مع المعايير الاجتماعية المقبولة حيث أن الإخلال الذي يصيب شخصيته يكون جزئياً فقط.	- عاداته الاجتماعية مفقودة وسلوكه متنافر مع المعايير المقبولة في المجتمع، وذلك نتيجة الاضطراب أو الانحطاط الشامل لقوى العقل.
الاعتماد على النفس	- بإمكانه أن يعيل نفسه، ولكن ليس دائما معتمداً على نفسه، والإثمار محتمل الحدوث.	- لا يستطيع أن يعيل نفسه ويتدبر شؤونه، لذا الحاقه بالمؤسسات، والمستشفيات العقلية ضروري عادة لتفادي الحاق الأذى بنفسه أو غيره.
الاستبصار	- استبصاره حسناً، يدرك مشكلته ويفطن إلى شذوذ سلوكه ولكنه يجهل أسباب هذا الشذوذ، ولذا يسعى للعلاج.	- استبصاره جزئي في أفضل الأحوال، غالباً مفقود تماماً، فهو لا يدرك مشكلته ولا يفطن إلى شذوذ سلوكه، وبالتالي لا يسعى للعلاج.
إدراك الواقع	- يحرف الواقع، ولكنه ما زال على اتصال بالعالم الخارجي.	- لا يحرف الواقع فحسب، بل يحطمه تحطيماً كاملاً، ولذا فإنه غالباً ما يفقد صلته بالواقع وينسحب منه كلياً.
العلاج	- يعالج بالعلاج النفسي. - لا يحدث الخلال والتحسن متوقع.	- ينصب الاهتمام على ضبط السلوك والتحكم فيه، بالإضافة إلى العوامل الكيميائية والجسمية البارزة، وحينما يتماسك السلوك، ينبغي استخدام العلاج النفسي.

**** الحالات السيكوسوماتية أو النفسجسمية:**

هي اضطرابات موضوعية ذات أساس وأصل نفسي تسببها الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وتصيب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، وتختلف عن الهستيريا، وذلك أن الهستيريا تصيب المناطق التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي (مناطق الحركة والحواس)، ومنها الصداع النصفي والسمنة المفرطة. (سيتم توضيح البدانة والسمنة المفرطة في الفصل التاسع).

ومن الأمثلة على السيكوباتية

*** اضطرابات الخلق (الانحرافات السيكوباتية - السوسيوباتية) Psychopath:**

السيكوباتية (مجموعة من الانحرافات الشخصية تنشأ من عجز الفرد عن تعلم العادات الاجتماعية وامتصاص المعايير الاجتماعية والقيم والقوانين.

السيكوباتية: حالة يكون عدوان الفرد فيها غير موجه مباشرة للمجتمع وهي عدم اعتبار القانون والأخلاق، وتفسر على أنها ضعف في تكوين الأنا الأعلى، وهم أشخاص لا يستطيعون تأجيل إشباع دوافعهم مهما كلفهم الأمر.

السيكوباتية أو السلوك اللااجتماعي وهي الخروج عن أخلاقيات المجتمع وتقاليده والقيم والدين، وللسيكوباتية مستويات وأنواع متعددة منها ما يظهر على شكل تعب واحتيال، أو في شكل الإيذاء والوشاية والنذالة والخسة، وعدم الاعتراف بالجميل، والميل إلى إطلاق الشائعات السوداء، واقتراف الإجرام وممارسة الدعارة والخيانة (شعبان وتيم، 1999).

إن الممارسات الوالدين التي تجنح إلى نبذ الأطفال ومعاملتهم معاملة متحكمة، كفيلة بأن تلحق بهم أضراراً جسمية وقد لا تكتفي بسلبهم ركائز، الأمن والتوافق النفسي وتصوراتهم تجاه ذواتهم، وتعريضهم للاضطرابات السلوكية، وإنما قد تفضي بهم أيضاً إلى الجنوح والانحراف.(سليمان والقضاة، 2004)

أما **السوسيوباتية**: هي التي يكون العدوان فيها موجهاً للمجتمع وقوانينه مثل الذي يشعل الحرائق عامداً متعمداً دون سبب ظاهر.

وقد تكون مسببات الحالة هي الخبرات في الأسرة والتي مر بها الطفل من إهمال أو تزمت في المعاملة سواء كانت الأسرة غنية أو فقيرة.

- **أما عن خصائص المريض**: فإنه يتصف بالبرود الانفعالي وعدم المبالاة والاستهتار، وفشل في إنشاء علاقات اجتماعية ناجحة، ونسبة كبيرة منهم تقع في مستوى جيد من الذكاء مع روح العدوانية.
- **أما أسباب الانحراف السيكوباتي** قد ترجع النظريات التكوينية الأسباب إلى نقص وظيفي عصبي في المخ يجعل الفرد عاجزاً عن التحكم العادي في سلوكه، أنه غير قادر على تنمية الضبط الذاتي الإرادي للسلوك.

ومن الأسباب المؤدية للانحراف ما يلي:-

1- العوامل الوراثية.

2- قد يكون فطرياً (طبيعياً، ولادياً)، وقد يكتسب نتيجة مرض التهاب بالدماغ، أو ناجم عن إصابة الرأس التي تسبب تغيرات في المخ.

3- العوامل الفسيولوجية أي عدم القدرة على الكف عن السلوك السيئ.

4- رأي مدرسة التحليل النفسي: ترى السيكوباتية بأنها حالة من الحالات العصابية تهدف إلى التخفيف من التوتر اللاشعوري، ولكن هذه الحالة تختلف عن حالات العصابية الأخرى، في الدوافع اللاشعورية، في العصاب ترضي نفسها إرضاءاً بديلاً كالهستيريا، أما السيكوباتية فإن الدوافع ترضى إرضاء حقيقياً (العناني، 2005).

العلاج:

أما العلاج النفسي والرعاية الاجتماعية فلهما أثر محدد في تحسين الحالات، إلا أنه بتقدم الحالة في العمر وجد أن درجة الاستجابة للعلاج والإشراف تزيد. (الجسماني، 1994)

فالفرد بكـل خصائصه العضويـة والتشـريحية ووظيفيـة يسـتخدم العـلاج السلوكي لمثل هذه المشكلات.(العناني،2005)

والأهداف العلاجـة تـتركز في مسـاعدة السيكوباتي علـى قبـول السـلطة ومحاولة اكتساب خبرات في التعلـم مـن خلالها يسـتطيع أن ينمـي نظاماً للقيم الأخلاقية، وهنا تنمو بالتدريج داخلياً القدرة على الضبط الذاتي. (المليجي، 2000)

*** المشكلة الجنسية:**

ارتبطـت المشـكلة الجنسـية بالشـباب، واهتمـت بـها الدراسـات التربويـة والنفسية على هـذا الأسـاس، والـتي ازدادت حدتـها في المجتمـع الحديـث الـذي ضعفت نسبة الرقابة الأسرية وقل فيه التقيـد بقواعـد الضبـط الاجتمـاعي. لقـد كانت الرابطة الأسرية القوية في المجتمع العربي ومسايرتها للفطرة في تلبية الحاجـة الجنسية لدى أبنائها، وعندمـا يبلغـون مرحلـة الشـباب، بالطريقـة المشـروعة أي الزواج، بالإضافة إلى أن الشاب يكون قـد تربـى علـى قيـم الشـرف والفضيلـة، ويراعي قانون العيب الاجتماعي. وعلى هذا النحو تؤدي وظيفة حيوية في الحياة البشرية، بدافع غريـزي مـن الدوافـع الـتي يسـتجيب لهـا الإنسـان وفـق المعايـير الأخلاقية والحدود الدينية والقيم الاجتماعية، إلا أن ظروف الحياة المعاصرة الـتي خلقت أسـباب عـدة أدت إلى تأخـير سـن الـزواج، والى الهجـرة إلى المجتمعـات الأجنبية الأخرى، وإلى إمكانية السياحة والسفر إلى هذه المجتمعات على اختـلاف معاييرها وقيمها وضوابطها، وخاصة منـها مـا لا يخضـع الاتصـال الجنسـي بـين الجنسين لقواعـد الضبـط الاجتمـاعي بـالحدود المعروفـة في مجتمعنـا، أدت تلـك الظروف إلى خلق مشكلة جنسية لدى الشباب والى غيـاب الـرادع الأخلاقـي في معالجتها. (الغرايبة، 2007)

والانحرافـات تصنـف إلى انحرافـات في الموضـوع المختـار، وانحرافــات في وسائل الأشباع أو الاسـتمتاع. فمـن طائفـة الموضوعـات المختـارة الشـاذة تلـك الانحرافات مـن قبيـل الاتصـال بالمحـارم (Incest)، والزوفيليـا (Zoophilia) (أي العلاقة الجنسية بالحيوانات)، والبيدوفيليا (Pedophilia) (أي العلاقة الجنسية مـع

صغار السن من الأطفال)، ثم نوع أخر أكثر ندرة من الانحراف يسمى النكروفيليا (necrophilia) (العلاقات الجنسية مع الجثث)، ومع ذلك فإن أكثر صور الانحرافات شيوعاً في هذه الطائفة هو (الجنسية المثلية)، والجنسية المثلية هي المصطلح العام الذي يستخدم للدلالة على الاستجابة الجنسية لأفراد من نفس الجنس. وعلى الرغم من أن هذا المصطلح يستخدم غالباً لوصف التعلق الشبقي الذي يكون بين الرجال، إلا أنه من الناحية الاصطلاحية يتضمن العلاقات التي تكون بين الإناث بعضهم وبعض أو ما يعرف بالسحاق، وبين الرجال وبعضهم ويسمى لواط.(نعامة، 1985)

* **الانحراف الجنسي :**

هو التمتع الجنسي بطريقة ترفضها القيم الخلقية والدينية، وتدينها الأعراف والتقاليد والقوانين الاجتماعية، يتأكد الانحراف الجنسي بالاضطراب النفسي، فيقع العصابي ضمن مشاكل جنسية في المستقبل، أما الأزعر فيمتهن الدعارة المباشرة ويفرضها بالعنف والتهديد أو الرشوة.ويتعرض بعض الفصاميين لأكثر أنماط الانحراف الجنسي كالاغتصاب والسادية، ويميل متعددو الشخصية إلى الاعتداء على الأطفال، أما المرأة منحلة العقل فتميل إلى الدعارة. (اسعد، 1986)

* **السادية:** هي الحصول على اللذة الجنسية من خلال إيقاع الألم والقسوة على الطرف الآخر، وتستخدم السادية في علم النفس لتشير إلى فعل التلذذ الجنسي عبر الألم المنزل بالشريك، يتراوح الأذى المنزل بالشريك بين عض أو قتل وبين إذلال بالشتيمة. تصيب السادية الرجال فترافق فعلهم الجنسي الذي يتوج الممارسة بالسادية أو يقتصر الجنس على مجرد التلذذ بإيلام الشريك دون فعل جنسي واضح. (أسعد، 1986)
* **الماسوشية:** تشير إلى كل لذة جنسية أو غير جنسية يتصاحب إرضاؤها بمعاناة المتلذذ للألم أو ما يعتقد الملاحظ الخارجي أنه ألم، والماسوشية أكثر شيوعاً بين النساء منها بين الرجال خلافاً للسادية تعني، وربما يرجع الأمر إلى ما فرضه المجتمع على المرأة من خضوعية وتلق وتقبل مقابل محاباة للرجل بالتسلط

والعطاء والسيطرة.والماسوشية شأن السادية آلية عصابية تتمـزق فيـها الـذات بين النزعة المحرمه وتفكيرها أو بين قصورها وشـراء القيمـة عـبر الألم المكـون للماسوشية.(اسعد، 1986)

الماسوشية عكس السادية تعني الحصـول علـى اللـذة الجنسية عـن طريقـة الإحساس بالألم وتعذيب الذات، حيث يرى اللذة في الإهانة.

*** الدعارة:**

والدعارة هي إتجار المرأة بجسدها وذلك بتقديمـها هـذا الجسـد علـى وجـه الاعتياد، نظير المصلحة المادية، إلى أي رجل قادر على تحقيق هذه المصلحة، ومـن التعريف يتبين أن الدعارة **تقوم على أركان ثلاث هي:**

1- ركن المصلحة.

2- ركن الاعتياد.

3- ركن التصرف في الجسد لأي رجل قادر على تحقيق المصلحة المادية.

تتسم العـاهرة بأنـها ذات نمـو نـاقص في الجسـم وفي النواحـي النفسـية، وبسمات خلقية بدائية، وحساسيتها الجلدية قليلة، متدنية الذكاء، وبـرود عـاطفي وخلقي، ومن ثم ينعدم لديها الإحساس بالحياء، أيضاً كثيراً ما يكون لديـها ميـل إلى الإجرام كالسـرقة والنصـب والسـلب والقتـل، والاعتـداء العنيـف (نعامـة، 1985).

ومن الأسباب المؤدية لذلك الفقر الشديد، التفكك الاجتماعي والأسـري، بعض الأمراض الفصامية والذهانية.

*** الجريمة:**

ظاهرة إنسانية قديمة، وتولدت الآن أشكال جديـدة منـها بسـبب للعوامـل الثقافية والاقتصادية الحديثة.

ومن اعراض المجرم السيكوباتي ما يلي:

1- إنه مجرم تتكرر جرائمه مهما كان عقابه.

2- لا يتخصص بجريمة محددة.

3- لا تقتصر جرائمه على طبقة من الناس.

4- لا يهتم إذا سبب للغير أذى أو مشاكل.

5- يستطيع الدفاع عن نفسه والاعتراف بما عمل.(العناني،2005)

المجرمون أنواع:

المجرم الذي له معايير خلقية إجرامية والجريمة مصدر رزق لـه، أما المجرم المعتدل الشخصية هو الذي يكون سلوكه الإجرامي نتيجة لاضطراب عضوي أو وظيفي كأن يكون مصاب بصرع أو ضعف عقلي، أما المجرم الذهاني وهو مصاب باضطراب عقلي تدفع به إلى الإجرام مثل القتل والاعتداءات الجنسية.

اما أنواع الجرائم فهي:

1- جرائم الاعتداء على المال.

2- جرائم الاعتداء على العرض.

3- جرائم الاعتداء على الأشخاص.

4- جرائم الاعتداء على الجمهور أو جرائم الكتل الشعبية.

5- الجرائم السياسية.

6- التسول والتشرد.

7- الدعارة. (نعامة، 1985)

*** التعاطي والإدمان (إدمان الخمور والمخدرات).**

إن المجتمعات البشرية تعاني من مشكلة خطيرة تهدد أمن أفرادهـا وتسـبب في إيجاد عدة ظواهر مرضية نفسـية واجتماعيـة ينتـج عنهـا معانـاة قاسـية للفـرد

والمجتمع، هذه المشكلة تتمثل في سهولة ميل المراهقين إلى تقليد السلوكيات الدخيلة، حيث يزداد هذا السلوك حتى يصل إلى ذروة الخطر فيتعاطى المواد المخدرة الغير مصرح باستخدامها شرعياً وصحياً وقانونياً، مما يهدد استقرار ومستقبل الأفراد والأسر والدول.

تتزايد آفة المخدرات خطوره في المجتمعات الحديثة وخاصة في صفوف الشباب بالفراغ والسهر ومصاحبة رفاق السوء، والبعد عن الله عز وجل والسفر إلى الخارج من أهم الأسباب التي تعود إلى تعاطي المخدرات.

المخدرات مادة قوية تحدث تأثيراً مهدئاً أو مبلداً للحواس، وفي هذه الحالة من التأثير توصف من قبل الأطباء للمرضى، ولكن البعض يتعاطى المخدرات بأنواعها لإحداث مشاعر وأحاسيس مؤقتة زائفة من النشاط والإثارة والسعادة، وذلك عن طريق التدخين أو الحقن أو الاستنشاق، ولكن سرعان ما يصبح مستخدموا المخدرات معتمدين عليها جسدياً ونفسياً، وعندما يصبح الجسم قادراً على احتمال اثر جرعة العقاقير المخدرة وتصبح الجرعة غير مؤثرة فإن مستخدميها يحتاجون إلى تناول جرعات أكبر لإحداث التأثير المطلوب، وفي هذا ما يوضح كيف يصبح العديد من مستخدمي المخدرات مدمنين، ذلك لأن استخدام المزيد من المخدرات يؤدي إلى الاعتماد عليها، وهو ما يسمى بالإدمان، ويمكن أن تؤدي الجرعات الكبيرة من المخدرات إلى غيبوبة وأحياناً إلى الوفاة (عبد المعطي، 2006).

وللإدمان ثلاثة مظاهر متصلة هي التحمل، والاعتياد والتواكل الجسمي، يقصد بالتحمل قلة أثر نفس الجرعة التي يتعاطاها المدمن، أما الاعتياد يقصد به الحاجة الانفعالية والنفسية التي يشبعها المخدر، ويقصد بالتواكل الجسمي حاجة الجسم للمخدر، فإذا لم يتم الإشباع ظهرت خصائص معينة تعرف بمجموعة أعراض الحرمان. (العناني، 2005)

العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات من قبل الشباب

يمكن تحديد العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات بما يلي:

أولاً: عوامل اقتصادية وتشمل:

1- ارتفاع مستوى المعيشة مما يلقي أعباء كثيرة على كاهل الأسرة والفرد تجعله عاجزاً اتجاهها، مما يدفعه إلى تعاطي المخدرات كمحاولة للهروب من الواقع.

2- البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة، وتوافر الفراغ لدى الشباب.

3- ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة لتنمية مستلزمات الحياة الضرورية وعدم توفر الدخل الكافي.

4- تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من إعلانات ودعايات يتأثر بها الشباب ضعاف النفوس.

ثانياً: عوامل نفسية، وتشمل:

1- الضغوط النفسية الكبيرة نتيجة الإحباط في العمل أو عدم تحقيق حاجات ملحة لدى الفرد.

2- الشعور بمركب النقص نتيجة عاهة أو إعاقة أو عدم مجاراة الآخرين في المستويات.

3- الشعور بالفشل وضعف القدرة والكفاءة.

4- وجود رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع، أو وجود توهم بأن التعاطي للمخدرات يدل على الاستقلالية وقوة الشخصية.

5- عدم الرضا عن الحياة.

6- الاغتراب عن المجتمع والتقاطع مع قيمه.

7- صعوبة تقبل السلطة، أو انخفاض التحصيل الدراسي عن المتوقع.

ثالثاً: عوامل اجتماعية وتشمل:

1- دور رفقاء السوء في الترغيب أو الحث أو التوريط أو التقليد أو تيسير فرص ذلك.

2- التفكك الأسري مثل النزاعات والصراعات الأسرية أو أجواء التوتر بين

أطراف الأسرة.

3- التنشئة الاجتماعية الفاسدة حيث لا يمارس الأب أو الأم أو كلاهما دوره في التنشئة والتربية والتوجيه الصحيح لأبنائهم أو التفرقة بين الأبناء.

4- المحاكاة وتقليد شخص معين.

5- تأثير الحي السكني، فطبيعة المنطقة السكنية لها تأثير على الأفراد.

6- تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من نماذج أفلام سيئة أو برامج يغيب عنها الوعي اللازم للأفراد.

7-ضعف الوازع الديني وعدم التمسك بالجانب الأخلاقي والسلوك الحر.

8- الجو المهني حيث أن صعوبات وأعباء العمل وسلبياته تدفع الفرد إلى تعاطي المخدرات.

9- سوء استغلال أوقات الفراغ يعد عامل لفرص الانحراف وتعاطي المخدرات.

10- الجهل وضعف التوعية بأخطار المخدرات.

11- الحروب والصراعات الداخلية بين أفراد المجتمع تحرم الشباب من الاستقرار الأسري.

وأظهرت دراسة ميدانية أجريت في مصر لرصد الوسائل المؤثرة في انتشار ظاهرة المخدرات، إن أصدقاء السوء من أهم المؤثرين في توجه الشباب نحو الإدمان، وذلك بنسبة (50.3٪)، أما الظروف المحيطة وخاصة المرور بالأزمات بنسبة (29.4٪)، تلي ذلك أسباب أخرى، مثل حب الاستطلاع وعدم وجود الرقابة والتوعية، وقال المبحوثون من الشباب (50٪ منهم) أن وسائل الإعلام تقلل انتشار الظاهرة، وفيما رأى (41٪) منهم أنها تزيد من حدة الظاهرة وخاصة التلفزيون من خلال الأفلام التي تعالج الظاهرة، وهي من جانب آخر تعلم المشاهدين طرق الإدمان وأساليبه.

وكشفت الدراسة أن درجة توافر الخدمات الاجتماعية والأنشطة الرياضية والبرامج العلمية إذا ما توافرت فستحدث تغيراً إيجابياً لدى الشباب للإقلاع أو الابتعاد عن المخدرات. (الغرايبة، 2007)

* **السرقة:**

لابد أن يتعلم الطفل ما هو (لي) وما هو (لك).

كثيراً ما نجد طفلاً (يصادر) شيئاً من الأشياء ويستولي عليه مدعياً أنه يمتلك هذا الشيء، مع أنه ليس له، ومرد ذلك لسبب بسيط وهو لمجرد أن الصغير يريد أن يستمتع بهذا الشيء ويتصرف به، إن رغبة الطفل في الامتلاك ليست إلا امتداداً لمصلحته الذاتية، والطفل يكتسب معنى الملكية الدقيقة بسرعة تزيد أو تنقص، وذلك تبعاً لما يراه ويسمعه ويختبره بنفسه، فمعظم الأسر لا تقيم حدوداً للملكية الأشياء بين أعضائها، فأدوات الطعام والشراب والجلوس مشاعة للجميع ودون تفريق، وبعض الأسر تسمح لأولادها (وبناتها) أن يستعملوا أدوات إخوتهم (أو إخواتهم) وأن يلبسوا ثيابهم أو يلعبوا بألعابهم، ففي مثل هذه الأسر لا نستغرب أن نجد فيها أطفالاً يميزون بصعوبة شديدة ما يملكونه عما لا يدخل في ملكيتهم.

ولكي نبني فكرة الملكية ونحول بين الصغير والمواقف الشائنة كالسرقة نرى أن على الآباء أن يعلموا صغارهم في سن مبكرة، الفرق بين ما (للصغير) وما (ليس له) أي ما يعود امتلاكه إليه وما يعود امتلاكه للآخرين، ويجب عليهم أن لا يدعوا طفلهم يتصرف بألعاب الآخرين، بدعوى أن ولدهم حساس جداً وأنه لا ينبغي معاكسته، بل يتوجب عليهم أن يفهموا طفلهم كراهيتهم لمثل هذا، وأن مثل هذا التصرف غير مستحسن، وإذا استمر في الاستيلاء على ألعاب الآخرين وحاجاتهم، فإن بوسعهم حرمانه من بعض الامتيازات الممنوحة له (السبيعي، 1981).

من الملاحظ في بعض الأحيان أن الطفل الذي يملك ذكاءً طبيعياً، وجيداً في تحصيله العلمي، ومع ذلك فهو يسرق، وهذه المشكلة قد تسبب قلقاً لدى الأهل،

فالسرقة عمل غير أخلاقي، وذنب يعاقب عليه المجتمع، فعلم النفس يتناول السرقة كظاهرة وكتعبير عن مشكلة نفسية واجتماعية يعاني منها الطفل. فالسرقة ما هي تعبير عن صراع وعن عدم استقرار، ومن الضروري عدم المبادرة إلى العقاب فوراً دون معرفة الدوافع والأسباب ومعالجتها.

يعمد الطفل إلى السرقة بتأثير من أقرانه، فلا بد أن يكون الاستعداد لها موجوداً في الطفل أصلاً ليصبح التأثير السيء من الخارج ذا أثر، والأولى بالآباء أن يعطوا أطفالهم شيئاً من نفقات الجيب، وأن يعودهم من الصغر على التعامل بالنقود، ولا يخفي ما لآراء الأبوين في الأمان من أثر، وما لظروف العائلة الاقتصادية ومؤثرات الجوار من أهمية في هذا الصدد (كيال، 1993).

أسباب السرقة:

1- الجهل بمعنى الملكية.

2- الغيرة والانتقام.

3- الخوف من العقاب والتخلص من مأزق.

4- الفقر والحرمان.

5- التقليد والمحاكاة.

6- التفاخر والمباهاة.

7- حب الاستطلاع والاستكشاف. (بطرس، 2007)

وللبطالة دور في السرقة وتعتبر من الأسباب المهمة للجوء الأفراد لها، حيث تزايد معدلات البطالة في المجتمع العربي باستمرار تبعاً لارتفاع معدلات النمو السكاني وزيادة عدد السكان من الشباب، حيث أن (50٪) من سكان الوطن العربي أقل من (20سنة)، مما يرتب عليه دخول أعداد كبيرة من الشباب إلى سوق العمل في كل عام، إضافة إلى الركود الاقتصادي الذي تعاني منه معظم الدول العربية لعدة أسباب.

تشير إحصائيات منظمة العمل العربية إلى أن متوسط معدل البطالة للقوى العاملة العربية مجتمعه (14٪) وأن هناك (12) مليون عاطل عن العمل، يختلف بين الدول، فهي (25٪) في اليمن، (21٪) في الجزائر، و (19٪) في الأردن، (17٪) في السودان، (15٪) في لبنان والمغرب، (12٪) في تونس، (9٪) في مصر، (8٪) في سوريا، ومعظم هؤلاء من الشباب. (الغرايبة، 2007)

*** جنوح الأحداث:**

أدى الفقر وسوء التغذية وتفكك الروابط الأسرية إلى زيادة خطيرة في عدد الأحداث والجانحين، وزيادة عدد الجرائم الاقتصادية من قبيل السرقة والتبديد والصفقات غير المشروعة بكافة أنواعها، كما أضر بنمو الحدث الفسيولوجي، فبعث فيه استجابات تتسم بعدم الاستقرار وتدفعه إلى التخلف عن المدرسة والهروب من الأسرة والتشرد، والارتماء في أحضان عصابات من أترابه، وزادت خطورة الحدث بتأثير الاضطرابات العصابية الغالبة على الأسرة من جراء ضروب القلق الناجم عن الانفصال والتوجس من الاضطراب وهموم توفير الغذاء.

كل هذه الأمور أدت إلى إحداث صدمات وجدانية خطيرة للحدث وأدت إلى تزعزع إيمانه بأعمق القيم الإنسانية والجوهرية. (قويدري، 2002)

لقد أكدت البحوث أن عدداً كبيراً من المراهقين والراشدين غير المتوافقين ممن يعانون اعتلال الصحة النفسية، وبخاصة أولئك الذين يتصفون بالجنوح والإجرام وإدمان الخمر أو المخدرات والانحراف الجنسي أو الاضطراب النفسي تعد جميعها امتداد لمشكلات الطفولة، فقد بين أن هؤلاء الأشخاص كانوا يعانونه من سوء التوافق في طفولتهم، أو سوء العلاقة بين الوالدين أو غياب الأب أو الأم أو الحرمان من إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية في الطفولة، كما ترجع كثير من مشكلات الطفولة إلى سوء علاقة الطفل بوالديه، فقد تقوم الأسرة دون قصد غالباً بتعليم الطفل سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً مما يؤدي إلى تعرضه لصراعات نفسية قد لا يسهل حلها، ومن ثم ينجم عنها تكوين خبرات نفسية

مؤلمة تتسم بالشعور بالإحباط والظلم والحرمان، وهذا كله يؤثر بشكل أو بآخر على تكوين شخصيته (توق وعباس، 1990).

تعريف الحدث المنحرف من وجهة نظر قانونية

هو الفرد الذي يعتدي على حرمة القانون ويرتكب فعلاً نهى عنه في سن معينة، ولو أتاه البالغ لوقع تحت طائلة العقاب، سواء كان هذا الفعل مخالفة أو جنحة أو جناية.

أما من وجهة نظر الاجتماعيين الحدث المنحرف إنه ضحية ظروف سيئة اجتماعية كانت أم اقتصادية أم ثقافية أم حضارية.

أما من وجهة نظر السيكولوجيين فيعرفه علماء النفس: بأنه ذلك الفرد الذي يرتكب فعلاً يخالف أنماط السلوك المتفق عليه للأسوياء في مثل سنة، وفي البيئة نتيجة معاناته لصراعاً نفسياً لا شعورياً ثابتاً نسبياً يدفعه لا إرادياً لارتكاب هذا الفعل الشاذ كالسرقة، أو العدوان، أو الكذب، أو التبول اللاإرادي، أو قضم الأظافر، أو الانطواء..الخ.(رمضان، 1990)

أسباب الجنوح:

إن من المسلم به عند علماء القانون والاجتماع أن الحدث الجانح مصنوع لا مولود، ومعنى هذا أن للبيئة الأثر الأكبر في تكوين خلق المجرم الحدث وجعله ضحية الإهمال والحرمان وعدم الرعاية. **وأكثر العوامل التي تؤدي بالحدث إلى ارتكاب الجريمة مردها إلى مجموعتين:**

1. **العوامل الشخصية أو الداخلية:** وأهمها سوء تكوين الميول النفسية والمرض النفسي والعصبي وأمراض العقل واعتلال الجسم، فالأمراض العقلية تجعل المريض قاصراً عن التمييز بين الخير والشر، فيقدم على ارتكاب الخطأ دون إدراك. أما اعتلال الجسم فإنه لا يقل أهمية عن الأمراض العقلية، لأن المرض الظاهر يولد في نفس المريض مركب نقص يدفعه إلى الانتقام وارتكاب الجرائم نتيجة لشعوره بالنقص عن الآخرين.

2- العوامل الخارجية: (سوء حالة الأسرة وفسادها، وتشغيل الأحداث، وتقصير الرقابة المدرسية، والفقر).

وأجمع عليها العلماء أنها وإن كانت لا تشكل السبب الأهم في إقدام الأحداث على الجنوح إلا أنها تتصف بالخطورة بالنظر لصلتها بعالم النفس الباطني وعدم إدراكها بالحس.

ومن هذه العوامل تلك الانفعالات القوية التي تعبر عن الغرائز الأولية كغريزة حب التملك التي تدفع بمن يقوى إلى البحث عن السلب والسرقة.

والغريزة الجنسية التي تدفع إلى ارتكاب جرائم الشذوذ الجنسي وما شابهها.

3- العوامل الاجتماعية: وهي عديدة من أهمها:

1- الحرمان وفشل الأسرة في إشباع رغبات الطفل وحاجاته.

2- شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه ومرفوض من قبل والديه أو أحدهما.

3- التذبذب في معاملة الطفل.

4- غياب الآباء وسيطرة الأم وإهمالها، حينئذ قد يعجز الطفل عن تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه.

5- شعور الحدث بالشقاء وعدم السعادة نظرا لتفكك الأسرة.

6- شعور الطفل بالإحباط والفشل نتيجة عدم قدرته على تحقيق طموحات والديه ونقدهم المستمر له.

7- السكن غير مناسب.

8- الصدمات العاطفية.

9- أفلام العنف.

مظاهر الجنوح: من مظاهر الجنوح العصيان المنظم للقانون، العدوان والقسوة والتخريب، والتدمير وإشعال الحرائق في الممتلكات والسرقة والنصب

والاحتيال وهتك العرض، والاغتصاب والتحرش بالآخرين وأعمال الشغب وعادة ما يصاحب هذه المظاهر السلوكية شعور الحدث بعدم الرضا والنقمة والغيظ والمرارة تجاه الأسرة والمجتمع، وبالغيرة منهم، كما يكون مفهومه عن نفسه سلبياً ومشوهاً، فيبدو غير متقبل لذاته، ويشعر بالتعاسة وربما وصل إلى حد اللامبالاة وعدم الاكتراث بعواقب سلوكه وأعماله التخريبية، كما يبدو فاقداً لبصيرته غير مهتم بمستقبلة، غير مسيطر على تصرفاته، سهل الاستشادة والتهيج. (العناني، 2005).

علاج الجانحين:

1- إعادة الاستقرار والتماسك الأسري.

2- إنشاء هيئة مسؤولة وظيفتها إعانة الأمهات في حالة وفاة الزوج.

3- تشغيل العاطلين من المراهقين القادرين على العمل لرفع مستواهم الاقتصادي.

4- إشراك المدرسة في مسؤولية الارتقاء بالحدث أخلاقياً وعلمياً.

5- العناية بالحدث من الناحية الطبية والسيكولوجية.

6- الإكثار من إنشاء المراكز الاجتماعية في المدن المزدحمة والأحياء الشعبية.

7- إسقاط ولاية الآباء والأمهات الذين تضر ولايتهم بالأحداث.

8- إنشاء مؤسسات اجتماعية خاصة يقضي بها الأحداث المتهمون فترة الحجز الاحتياطي حتى يمكن الاطمئنان على سلامة سلوكهم. (العناني، 2005)

ثانياً : مشكلات الصحة النفسية للطفل:

- مشكلات انفعالية:

الخوف المرضي – الخوف كرد فعل انفعالي مثير موجود موضوعياً يدركه الفرد على أنه مهدد... (شعبان وتيم ، 1999).

*** الخوف:**

هو نتيجة شعور بالعجز عن مواجهة حالة معينة، إن أغلبية المخـاوف هـي ترسبات عهد الطفولة، والخوف يدل على انعدام التـوازن بـين النفـس الخارجيـة والنفس الداخلية (شيخاني، 1986).

الخوف انفعال على صلة بـالعقل والإدراك وبالجسـد، فالإنسـان لا ينتابـه الخوف إلا إذا أدرك وجود خطر يتهدد حياته، والذي لا يدرك وجود الخطر، إمـا عن جهل أو سهو وعدم انتباه لا يخاف، وقد يستثار الخـوف علـى وجـه العمـوم بأي موقف يهدد تكامل الإنسان، إن الخوف الـذي يسـتثيره لـيس سـوى تـهديد لقيمه من القيم والتي يعتبرها الإنسان ضروريـة لوجـوده ولبقائـه ككـل متكـامل (كيال، 1993).

الخوف عند الأطفال: الخوف سمة غريزية القصد منها حماية الفرد من المخـاطر في كل مراحل حياته، فتتغير تصرفاته بشكل سريع لدرء الخطر، متمثلة في العـدو من المكان وتغيير سـرعة دقـات القلـب والتعـرق وغيرهـا، ولكـن الطفـل لا يستطيع القيام بمثل تلك التصرفات، فيبحـث عـن الأمـان في حضـن والديـة، ويعبر عن الخوف من خلال القول أو العمل، وقد لا يكون هناك أساس لهـذا الخوف، وإنه في مخيلته الصغيرة فقط (بطرس، 2007).

العوامل المسببة للخوف:

1- الحماية الزائدة والقسوة والتسلط والخبرات المؤلمة.
2- غياب الأم وتركها الطفل بدون رعاية.
3- التأثر بمخاوف الآخرين.
4- استماع الطفل إلى قصص مخيفة ورؤيته للأفلام المرعبة.
5- مرض الطفل.
6- الخوف من الحيوانات.
7- الأذى الجسمي واللفظي من الوالدين.

8- الخلافات الأسرية أمام الطفل تؤثر عليه.

9- ولادة طفل للعائلة.

10- مرض أحد الوالدين.

11- معاملة من يهتم بالطفل من الخدم والسائقين بالإيذاء الجسمي والنفسي. (بطرس، 2007)

العلاج:

1- امتناع الوالدين عن السخرية بمخاوف الطفل.

2- تجنب الطفل المواقف التي تبعث على الخوف.

3- عدم إجبار الطفل على مواجهة المواقف التي تثير انفعال الخوف لديه بالقوة أو بطريقة منفرة.

4- تقليل الحساسية والإشراط المضاد: يقصد به أن الأطفال تقل حساسيتهم عن الخوف عندما يتم إقران موضوع الخوف بأي شيء سار.

5- ملاحظة النماذج من أطفال غير خائفين.

6- التمرين: تدريب الطفل على الشعور بالارتياح أثناء إعادة بعض الحوادث التي تثير الخوف بشكل بسيط، فألعاب الدمى والتمثيل تمكنهم من التعبير عن أشكال متعددة من المشاعر والمخاوف.

7- مكافأة الشجاعة: امتداح الطفل عند شجاعته.

8- التخيل الإيجابي: مساعدة الطفل على تخيل الأبطال الذين يحبهم وهم يساعدونه في التعامل مع موقف مخيف.

9- التحدث الإيجابي مع الذات: تعلم الطفل كيف يتحدث عن نفسه حديث صامت على نحو حسن ليزيل مشاعر الخوف، مثل أن يقول لنفسه أستطيع مواجهة ذلك، أنا بخير.

10- الاسترخاء العضلي فهذا يعارض شعور الخوف.

11- التأمل: تدريب الطفـل على عملية التنفس ببطء وبانتظام ... (القاسم وعبيد، والزعبي ، 2000).

*** الغيرة:**

هي مركب من انفعـالات الغضب والكراهية والحزن والخوف والقلق والعدوان ... وتحدث الغيرة عندما يشعر الطفل بالتهديد خاصة عند فقدان الحب والدفء العاطفي.

والغيرة إحدى المشـاعر الطبيعية الموجودة عند الإنسان كالحب والألم، ويجب تقبلها كحقيقة واقعة، ولكن لا نسمح بنموها، فالقليل منها حافز والكثير قاتل.

وعلى الآباء أن يفترضوا وجود الغيرة في أطفالهم حتى يكونوا في جانب الأمان حتى ولو كانت الغيرة غير ظاهرة للعين المجردة، ولكن قد يكون لها وجود وأقنعة عديدة، كأن تظهر على شكل التنافس أو تجنب الخلاف أو الخضوع. ويمكن أن يكون لها مظاهر خارجية تدل على ذلك الشعور الداخلي المؤلم والـذي يظهر في حالات كثيرة، مثل ميلاد طفل جديد في الأسرة، إلى شعور الطفل بخيبة أمل في الحصول على رغباته، أو وجود أخ سليم أو معوق.

كما أنها انفعال يعيشه الطفل ويحاول في بعض الأحيان إخفاء المظاهر الخارجية التي يمكن أن تدل على هذا الشعور، وكثيراً ما يكون انفعـال الطفـل في هذه الحالة شديدة وقد يؤدي إلى اضطراب الطفل انفعالياً (عبد الرحمن،2003).

والشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على حياة الفرد ويسبب له صراعات نفسية متعددة، وهي تمثل خطراً واضحاً على توافقه الشخصي والاجتماعي، بمظاهر سلوكية مختلفة منها التبول اللاإرادي، أو مص الأصابع، أو قضم الأظافر، أو الرغبة في شد أنتباه الآخرين، وجلب عطفهم بشتى الطرق أو التظاهر بالمرض، أو الخوف. (بطرس، 2007).

أما أعراض الغيرة فهي الاكتئاب، التوتر، الخجل، الفـزع، أحـلام اليقظـة، وعدم الاتزان الانفعالي، وقد يصاحبها ضعف الثقة بـالذات واضطـراب الكـلام والحساسية الانفعالية. (العناني، 2005)

اما أسباب الغيرة فهي:

1- البيئة المنزلية المضطربة خاصة عند التفرقة بين الأبناء.

2- الخبرات الأليمة في الطفولة المبكرة والإحباط والقلق.

3- القصور الجسمي والاعاقات وعدم التكيف معها.

4- البيئة المدرسية المضطربة خاصة عند استخدام العقاب.

5- القصور العقلي.

اما العلاج فيكون كما يلي:

1- التعاون بين المدرسة والبيت لمعرفة أسباب المشكلة والعمل على حلها.

2- العلاج الفردي والجماعي، وإبراز نواحـي القـوة لـدى الطفـل وتنميـة الثقـة بالنفس.

3- توجه وإرشاد الوالدين لأساليب التنشئة الصحيحة.

4- العلاج باللعب.

5- العلاج السلوكي. (العناني، 2005)

*** العناد والتمرد:**

بين العام الأول والثالث أو الرابع يمر الأطفال جميعـاً في دور يعـرف بـدور السلبية في النشأة، إنه الدور الذي فيه يأبى الأطفال الطاعة، ويتراءى فيـهم أنـهم يريدون دائماً أن يصنعوا عكس ما يطلب منهم، وهم يختلفون في هـذا درجـات، بعض عصي غاية العصيان، وبعض رضي بعض الرضا، وهذا ما اقتبسـه الطفـل من أباه وأمه، وممن سبقهما من جدود.

وفي هذه السن يكون الأطفال (أكثر الأطفال)، يميلون إلى الاقتداء، وذلك بحكم ما فيهم في هذه السنة من أنانية. وهم في هذه السنة لا يدركون أن في الدنيا أطفالاً غيرهم لهم المطالب نفسها التي يطلبون، ونتيجة لذلك لا يمكن أن تنتظر من الأطفال في هذه السن مجاملة تكون بين اثنين، أنهم لا يحسون بوجود الآخرين إلا في سن الرابعة. لذا نجد هذه السن سن الخصومة، تجتمع الأطفال فيكثر بينهم الشجار والنزاع.

ومن الخطأ منع الأطفال الاختلاط، الاختلاط ضروري، وهذا الخصام ضروري، ففي الاختلاط والخصام والشجار يتعلم الأطفال في هذه السن الباكرة الكثير عن علاقة الفرد في المجتمع (كيال، 1993).

ويعنى العناد أو التمرد والعصيان وعدم الاذعان لمطالب الكبار. والعناد هو سلوك يعبر عن نزعة عند الطفل إلى مخالفة الوالدين وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم، إنه تأكيد للذات، يحمل إلى حد ما طابعاً عدوانياً تجاه الوالدين، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم. (بندلي، 1994)

ويعتبر العناد والتمرد من النزعات العدوانية عند الأطفال فهو تمرداً ضد الوالدين ومن هم في مقامهم، ويعتبر محصلة لتصادم رغبات وطموحات الطفل ورغبات ونواهي الكبار وأوامرهم. والسلوك المتمرد هو إلا ينفذ الطفل ما يؤمر به أو يصر على تصرف ما، وهذا السلوك من جانب الطفل يتخذ كتعبير منه لرفض رأي الآخرين مثل الوالدين أو المشرف. فالعناد وسيلة الكائن الضعيف لتأكيد ذاته وهو لا يمثل مشكلة إلا في حالة استمراره (عبد الرحمن، 2003).

عناد الأطفال غالباً ما يكون ناتجاً عن عناد الوالدين، فهم الذين ينثرون ردود الفعل عند الطفل، وحينما يكون جو المنزل ديكتاتوري وغير ديمقراطي والتفاهم والمناقشة غائبة، ينظر الطفل للعناد في محاول للحصول على ما يريد ثم خطوة بعد أخرى تصبح سمة من سمات شخصيته، لذلك علينا أن نتعلم الحوار ونعلمه لأولادنا. www. medecleqypt.com

إن التكوين النفسي للطفل يرتبط بالتكوين الفسيولوجي وسلامة الجسم، فالأطفال الأسوياء بدنياً ونفسياً هم أقل عرضة للوقوع في مشكلات أو اضطرابات نفسية، فمن المعروف أن الطفل العنيد أو الغضوب يفقد سيطرته على سلوكه تجاه الضغوط النفسية أكثر من الطفل المثالي غير القلق الودود. (عبد الرحمن، 2003)

لاءات خمس:

1- لا تمنعي الطفل أن يختلط.

2- لا تغضبي الطفل على الطعام.

3- لا تميزي طفلاً بالمحبة.

4- لا تأبهي للطفل كلما بكى ورفس.

5- لا تجلسي عند سرير الطفل حتى ينام.

توجد ثلاثة أشكال رئيسية للعصيان:

1- شكل المقاومة السلبية حيث يتأخر الطفل في امتثاله ويتجهم، ويصبح حزيناً (هادئاً ومنسحباً)، أو يشكو ويتذمر من أن عليه أن يطيع.

2- التحدي الظاهر (لن أفعل ذلك) حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في نوبة غضب للدفاع عن موقفه.

3- نمط العصيان الحاقد ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما يطلب منه تماماً، فالطفل الذي يطلب منه أن يسكت مثلاً يصرخ بصوت أعلى.

وإذا أصبح العصيان بالنسبة للطفل طريقة في الحياة، قد يطور عادة سلبية يعارض الآراء والمبادئ التي يقدمها الآخرون، فهو يختلف مع الشخص الآخر على جميع النقاط، دون أن يكون هناك سبب منطقي لمعارضته. (غيث، 2006)

وأيضاً أنماط العناد (المعارضة) ما يلي:

1- المعارضة الناشطة: وهي ما تنطبق عليه عادة تسمية العناد، تتخذ شكل

التصدي لمشيئة الوالدين، وقد يكون هذا التصدي صريحاً يتخذا أشكالاً كالغضب والتمرد والوقاحة والإمعان في الجدال، وقد يكون مبطناً يتستر فيه العدوان مثلاً وراء رعونة ظاهرية، كأن يقبل الطفل على مضض أمر والدته بغسل آنية المائدة، ولكن يجنح لا شعورياً إلى مخالفتها عبر قيامه بحركات غير محكمة تؤول إلى تحطم عدد من الأواني أكبر مما يمكن تفسيره بفعل الصدفة وحدها.

1- المعارضة السلبية: تتخذ شكل التهرب من تنفيذ مشيئة الوالدين مع تماشي المجابهة الناشطة لها، لذا فإنها تأتي على صورة تناسي تتميم المهام المطلوبة أو البلادة أو التهاون في طريقة القيام بها (بندلي، 1994).

أسباب العناد:

قد يتخذ العناد شكلاً مفرطاً، إن من جهة حدته، أو من جهة تواتره، أو من حيث امتداده الزمني، وقد يعبر بها عن ضيق يعاني منه، ومن أسباب العناد ما يلي:

1- النظام المتساهل في التربية من جانب الوالدين لا يرفضان طلبا للطفل.

2- القسوة المفرطة أو الصارم من قبل الوالدين أو أحداهما، يميلان إلى أن يكونا متسلطين، ويطلبان من الطفل الكمال، كثيري الشكوى والتذمر من الطفل.

3- عدم الثبات في التربية من قبل الأبوين لا يستطيعان الاتفاق على معايير سلوكية واضحة، وعندما لا يتفق الوالدين يحاول الأطفال أنفسهم أن يقرروا ما هو المسموح أو الممنوع.

4- التفكك الأسري، الأبوان المتوتران أو في حالة صراع، فقد يهمل أحد الوالدين أو كلاهما دورهما لعدم الاهتمام، أو مشكلات شخصية، أو الطلاق أو الخلافات الزوجية.

5- الطفل المبدع وغير العادي أو قوي الإرادة يميل إلى عدم الامتثال ويسلك على هواه.

6- تقليد الوالدين، تؤثر اتجاهات الوالدين نحو السلطة على الطفل للطاعة، فإذا أظهر القليل من الاحترام للقوانين ولذوي السلطة فإن أطفالهم يمكن أن يكونوا عندئذ أقل احتراماً للراشدين.

7- كلما زاد الذكاء كلما زاد احتمال أن يكون الطفل مطيعاً.

8- يقل احتمال الطاعة عند الأطفال المرضى أو الجائعين أو المضطربين انفعالياً (غيث، 2006).

9- تعزيز سلوك العناد عند الطفل بمعنى تلبية مطالبه ورغباته نتيجة ممارسة العناد.

10- غياب أحد الوالدين أو كلاهما.

11- تفضيل الوالدين أحد أبنائه على الآخر.

12- وجود إعاقة لدى الطفل.

13- عدم الشعور بالأمان النفسي والاجتماعي والاقتصادي.

14- شعور منتقص لدى الطفل بأهميته في نظر الوالدين.

15- شعور الطفل بأنه غير محبوب كفاية.

16- شعور الطفل بأن رغبته بالاستقلال مقموعة.

17- امتعاص الطفل من أوامر تفرض عليه، مثلاً تفرض عليه السلام على الزوار، أو النوم باكراً رغم أن اليوم التالي عطلة.

18- قد يعبر العناد المفرط عن ضيق جسدي: قد يكون ناتجاً عن تعب مدرسي، أو نقص في النوم، أو عن اختلال فيزيولوجي مرتبط بمقدمات المراهقة أو ببوادر مرض لم يكتشف بعد.

19- قد يعبر العناد المفرط عن ضيق نفسي: قد يكون نابعاً من أزمة انفعالية يعاني منها الطفل، أو اضطرابات في محيطة المدرسي أو العائلي. (بندلي، 1994).

طرق الوقاية من العناد والتمرد

1- النموذج الأبوي: فالأطفال يقلدون نفس أسلوب الوالدين في التعامل مع المواقف المختلفة.

2- الحاجات الفسيولوجية: يجب إشباع حاجات الطفل الفسيولوجية وكذلك أن يعطى الطفل الحرية الكاملة وعدم التقيد الزائد.

3- فرض أقل قدر ممكن من المتطلبات، فلا يكون الوالدين في سيطرتهم على الطفل مقيدين له تماماً، بفرض الكثير من الممنوعات غير الضرورية.

4- إتباع الأساليب الصحيحة في التنشئة الاجتماعية. (عبد الرحمن، 2003)

العلاج:

1- التماسك الأسري وتقوية العلاقة بين الأب والطفل فمشاعر الود والاتصال المفتوح والمستمر بين الطرفين يزيد احتمالية الطاعة للوالدين.

2- تجاهل عصيان الطفل وعدم طاعته في حالة كان هدف الطفل من العصيان الحصول على الانتباه، وعدم الدخول في مجادلات مع الطفل، في نفس الوقت يتم تعزيز سلوك الطاعة والاستجابة المناسبة من الطفل... (تعديل السلوك).

3- أو إيقاع عقوبات على الطفل في حالة العصيان وعدم الاستجابة ... (غيث، 2006).

4- منح الطفل الثقة بالنفس، وعدم إرهاقه بالأوامر والحرص على تصحيح أفعاله.

5- يجب التعامل مع الطفل العنيد بالحكمة والصبر وعدم اللجوء إلى وصف الطفل بالعنيد أمامه، أو مقارنته بأطفال آخرين (بطرس، 2007).

6- إشعار الطفل بالأمان والدفء.

7- الاعتدال والثبات في معاملة الطفل.

8- الحرص على جذب انتباه الطفل قبل إعطاء الأمر.

9- استخدام لغة يفهمها الطفل.

10- إعطاء الأوامر ببطء ووضوح كافية.

11- تعزيز الطفل على طاعته.

12- إعطاء الأمر بعمل شيء مفيد له ومعنى بالنسبة له.

13- متابعة تنفيذ الطفل للأوامر. (العناني، 2005)

بعض شروط الحماية السليمة للسلطة الوالدية:

من أجل أن لا تتحول رعاية الوالدين للأولاد، التي هي في الأصل في خدمة نمو الطفل إلى تحكم القوي بالضعيف، يفرزها العناد بشكل شبه حتمي كدفاع مستميت بممارسة الطفل عن كيانه الشخصي، **ينبغي لسلطتنا الوالدية أن تتقيد بشروط نذكر ما يلي:**

1- أن نمتنع عن الإفراط في إصدار الأوامر.

2- أن لا ينهى عن أمر إلا عند الضرورة.

3- أن نأخذ بعين الاعتبار إمكانيات الطفل وفقاً لمرحلة عمره.

4- أن نراعي حاجات الطفل.

5- أن نتلافى المجابهة عند الاقتضاء.

6- أن نتحاشى إصدار الأوامر الجامدة.

7- أن نفسح أمام الطفل مجال الاستفادة من أخطائه.

8- أن نمارس سلطتنا الوالدية في منظار حواري.

والمقصود بالممارسة الحوارية للسلطة ما يلي:

أ . الاهتمام بإقناع الطفل بطروحاتنا التربوية.

ب. وضع أنفسنا في موضع الطفل.

جـ. مراعاة الوتيرة الخاصة بالطفل.

د. تحاشي ما ينم عن الضعف والقهر في نبرتنا وملامحنا.

هـ. معاملة الطفل باحترام.

كيف تعاملين طفلك: الحب لا يفسد طفلاً، إنما الذي يفسد الطفل أن لا يؤخذ بالنظام، وأن يعطي كل ما يريد، وأن يطاع في كل ما يأمر به.

إن الطفل إن أراد شيئاً، ولم يطع، بكى. وإذا لم ينفع البكاء صرخ، ورفس برجله ويديه، وهنا يكون امتحان الأم، إن هي خضعت لهذا فقد انحل الخيط، وإذا انحل مرة فمرة لا يعود إلى الربط أبداً، إن الطفل فيه الذكاء الكافي ليعلم أنه نجح بالبكاء والرفس مرة، فهو إذن لا بد بالبكاء أو الرفس ناجح في أخذ ما يريد مراراً، والطفل فيه الذكاء الكافي ليعلم عند ضبط الأم وربطها أن البكاء غير نافع. (كيال، 1993)

*** الطفل صعب المزاج (العصبي)**

المزاج هو التكوين الموروث في الشخصية وعادة ما يستخدم الناس عبارة (عصبي) فالمقصود به أن الطفل غير مستقر وأنه يصعب التعامل معه، وفي ضوء هذا التحديد إن ما نسميه (عصبية) عند الطفل هو سلوك كثير الإزعاج للآخرين، وللأهل خاصة، يتصف بطابع التوتر النفسي (بندلي، 1994).

منذ الأسابيع والأشهر الأولى لحياة الأطفال تظهر بينهم فروقاً فردية في استجاباتهم لمثيرات المحيط حولهم، فبعضهم يظهر أشكالاً من السلوك التي تجعل مهمة الوالدين في تربيتهم سهلة، في حين يظهر بعضهم الآخر أشكالاً من السلوك التي تتحدى مهارات الأهل في التعامل، كما أنها تقاوم حلول أكثر الأهل قدرة ومهارة. ينمو الطفل ويكون صراخه أكثر من نحيبه، وقهقهته أكثر من ابتسامة، ولا يعبر وهو في الثالثة من عمره، عن خيبة أمله بالتذمر والشكوى، بل بالصراخ والضجة العالية، كما يتأتى عن الإحباط نوبة عنف متميز، وإذا تكيف بشكل إيجابي مع عملية الاستحمام فمن الممكن أن يقوم بالبكاء والصراخ والرفس في حال إخراجه والحمام دون أن ينال حظه من اللعب بالماء.

المزاج والبيئة (نظرية التناسق والتجانس الجيد): بالرغم من الافتراض الأساسي

المتعلق بالتأثير المباشر للمزاج في السلوك اللاحق للفرد، فإن العاملين توماس وشيس (Thomas ands Chess, 1984) قد وضعا نظرية تسمى (نظرية التناسق والتجانس الجيد) ووفق هذه النظرية فإن درجة التناسق والانسجام بين مزاج الطفل وبيئته هو الذي يحدد إمكانية حدوث المرض النفسي واضطراب السلوك لاحقاً، أكثر من مجرد المزاج بمفردة، وفق ذلك فإن الطفل الذي يتصف بأنه ذو مزاج صعب ربما يطور مشكلات خطيرة إذا نشأت عن طريق والدين يتميزون بالصلابة وعدم التحمل، في حين لا يحصل هذا مع الوالدين الذين يتصفون بالتحمل والمرونة (عبد الله، 2001).

أسباب عصبية الطفل:

أولاً: الأسباب الخلقية والجسدية:

أ- الأسباب الخلقية.

ب- الأسباب الجسدية.

ثانياً: 1- عصبية الوالدين.

2- تشدد الأهل المفرط.

3- التدليل المفرط.

4- ضيق المدى المتاح لنشاط الطفل منها:

أ- ضيق المنزل.

ب- عدم توفر أمكنة للعب حول المنزل.

جـ- إهمال حاجة الطفل إلى فترة كافية من اللعب.

5- قلق الأهل المفرط.

6- تجاهل الوالدين لاهتمامات الطفل الجنسية أو قمعها.

7- التفكك الأسري.

8- خلاف الأهل بخصوص تربية الطفل.

9- الغيرة الأخوية.

10- العسراوية العاكسة (استعمال اليد اليسرى بدل اليمنى). (بندلي، 1994)

صفات الطفل صعب المزاج:

لقد أظهرت الدراسات التي أجريت على الطفل صعب المزاج أنه يتصف بالصفات الآتية:

1- السلوك الانسحابي لدى تعرضه لمظاهر جديدة في البيئة، ويبكي أكثر مما يضحك، ويعبر عنه القلق والشكوى الرضا بسرعة أكبر من تلك التي يعبر فيها عن السرور.

2- القدرة البطيئة على التكيف مع التغيرات والتي تتبدى في طرق مختلفة وأعمار مختلفة، ولكنه عندما يجبر على التكيف الاجتماعي مع المواقف الجديدة (بتكرار تعرضه لها) فإنه سيتكيف معها بمرور الوقت إذا توفرت له فرص اختيار هذه المواقف، فالشخص الغريب سيغدو مألوفا، والذهاب للأماكن العامة، وقبوله سرير جديد، ستصبح جميعها جزءا مقبولا من روتين حياته اليومية حين تكرارها وتعرضه، ولكن السلوك الانسحابي ونزعة عدم التكيف تظهر إذا لم يتكرر تعرضه لهذه المواقف.

3- عدم انتظام الشعور بالجوع، وتفريغ الأمعاء، ويأخذ عدم الانتظام هذا شكلا نمطيا فيحدث اختلاف في التوقيت، وعدد المرات، وهناك اعتقاد بأن هذه المشكلات التي يظهرها الطفل الصعب هي نتيجة لطريقة التربية والرعاية التي يتلقاها من والديه، فالأمومة السيئة عبارة عن ردود أفعال مضطربة تصدر عن الأم وتساعد في إظهار تلك المشكلات (عبد الله، 2001).

مظاهر العصبية:

يتخذ هذا التوتر لذاته شتى التعابير:

1- منها الحركة الدائمة والمضطربة التي قد تتخذ شكلاً خارجياً (فيقال أن الطفل ورش) أو أنه ذو (حركة دائمة)..

2- ومنها كافة مظاهر السلوك العدواني، سواء أكان هذا العدوان موجهاً نحو الخارج بشكل صراخ أو ضرب أو كلمة نابية أو تحطيم الأشياء أو رميها، أو مرتداً نحو الطفل نفسه، مثل ضرب الرأس بالحائط، أو قضم الأظافر، أو الاثنان معاً.

ومن مظاهر تلك العصبية كما ترد غالباً في شكاوي الأهل ما يلي:

1- إنه يتسلق في كل مكان.

2- إنه لا يتوقف عن التحرش بإخوته وأخواته.

3- إنه يقضم أظافره.

4- إنه لا ينقطع عن الحركة.

5- كلما اتسع أمامه مجال الضجيج كلما ازدادت سعادته.

6- إنه كـ(ناخور الخشب) يلاحق الأهل كل النهار ليحصل على أمر ما.

7- إنه يرفض تناول الطعام ويثير بهذا الصدد مشاكل لا تنتهي.

8- إنه يغضب لأقل ملاحظة.

9- إنه يرتجف عند أقل ضجة.

10- إنه يتقيأ حال لا يعجبه أمر ما.

11- إن ملامح وجهه في تماوج دائم.

12- كان يعاني من تشنجات عضلية، أما بعدها فهو يتلعثم.

13- إنه مرهق (بندلي، 1994)

علاج عصبية الطفل:

1- على الصعيد الطبي.

2- على الصعيد التربوي.

لذا من أجل فهم أفضل لعصبية الطفل يجدر بنا أن نلاحظ بانتباه متى وكيف ولماذا تظهر عصبيته، يساعدنا ذلك على إدراك أسبابها وبالتالي على معالجتها بالتصدي لهذه الأسباب. كذلك يجب أن نتساءل عن طبيعة المناخ العام الذي نوفره له داخل الأسرة، وهل المناخ يكفل له شروط السلوك العصبي، هذا التساؤل الضروري حول المناخ الذي توفره الأسرة للطفل من حيث إشباع حاجاته الانفعالية الأساسية، يقودنا إلى اتخاذ المواقف التالية حيال الطفل العصبي:

1- أن نخلق حوله جواً من الهدوء والصفاء.

2- أن نلطف من وطأة سلطتنا الوالدية عليه.

3- أن لا تقابل عصبية الطفل بعصبية مماثلة.

4- أن نعبر للطفل عن تفهمنا لصياحه.

5- أن نسمح للطفل بالتعبير عن مشاعر العدوانية مع تصدينا غير العنيف لكل اعتداء فعلي.

6- أن نساعد الطفل على الانتقال من صعيد التعبير الجسدي المباشر عن انفعالاته إلى صعيد التعبير الكلامي عنها.

7- أن نعطي الطفل فرصاً للتنفيس عن عصبيته.

8- أن نوفر له حياة منتظمة من شأنها أن تساهم في تهدئة عصبيته. (بندلي، 1994)

كيف تعاملين طفلك عند الغضب:

1- احتفظي بهدوئك كل الوقت.

2- حاولي أن تتفهمي ماذا يمكن ان يكون سبب غضبه.

3- استمعي إليه جيداً، قد تحتاجين لشرح الموقف وتفسيره، حتى يهدأ، وتمسكي بما هو حق ولا تتخلي عن المبادئ، وكوني حاسمة ولكن بحب.

. www.Medical equuptio.com

*** الاكتئاب وإيذاء الذات:**

- الاكتئاب هو شعور بالحزن والغم مصحوب بانخفاض المزاج والفاعلية.
- إيذاء الذات: هما إلحاق الضرر بالنفس، والانتحار هو شكل متطرف في سلوك إيذاء الذات يحدث لدى الأشخاص المكتئبين.

أسباب الاكتئاب وإيذاء الذات:

1- الشعور بالذنب والعجز والتوتر.
2- الصراعات الأسرية الشديدة والمتكررة.
3- الاستجابة للخسارة القوية (خسارة الانفصال عن الأم مثلا).
4- الحصول على الانتباه والحب والتعاطف.
5- العوامل الفسيولوجية كاضطراب الغدة الدرقية.

العلاج:

1- مواجهة الطفل ومناقشته والاهتمام به وتشخيصه بإفساح المجال له ليعبر عن مشاعره.
2- التخطيط للنشاطات الممتعة بالنسبة للطفل لإخراجه من حالة الحزن.
3- مساعدة الطفل على تحقيق أهدافه.
4- تعليم الطفل الحديث الايجابي مع الذات.
5- استخدام أسلوب التعزيز والمكافأة.
6- العمل على وقف سلوك إيذاء الذات باستخدام أسلوب التصحيح الزائد.
7- الأدوية والعقاقير. (قاسم وعبيد والزعبي، 2000)

*** الخجل:**

الشخص الخجول يتجنب المشاركة في المحيط الاجتماعي الموجود فيه، وقد يكون نتيجة خوفه من الرفض أو من الفشل أو من الانتقاد أو من الخزي، وتمثل

هذه المشكلة في كثير من الأحيان نقصاً في مهارات الطفل الاجتماعية وضعفاً في ثقته بنفسه، مما يجعله ينزوي بعيداً عن الآخرين، ويبتعد عن التعامل معهم ومواجهتهم، ونرى الطفل الخجول حين يتفاعل مع الآخرين يخفض صوته، لا يتواصل بصرياً مع الآخرين، محمر الوجه، وقد يتلعثم في الكلام. (العناني،2005)

والطفل الخجول يفقد إمكانياته حالما يوجه أمام الغير، فيتردد ويرتبك ويحاول بشتى الوسائل أن يحول الانتباه عنه وأن يحتجب عن الأنظار. إن القيام بأية مهمة، مهما كانت، يصبح لديه صعباً أو مستحيلاً حالما يجد نفسه في جماعة. إنه يخفق في ما هو بصدد القيام به إذا شعر أنه هدف لمراقبة الغير.

أسباب الخجل عند الطفل:

1- تسمية الذات الخجول: فيتصرف كما لو أن عليه أن يثبت أنه خجول، وذلك لتدني الثقة بالنفس.
2- تقليل ونمذجة سلوك أحد الوالدين أو كليهما.
3- مشاعر عدم الأمن التي تحدث نتيجة الحماية الزائدة، أو الإهمال، أو النقد، أو الإغاظة، أو عدم الثبات في التعامل، أو الطفل المدلل.
4- الوراثة والإعاقة الجسمية.

أما الأسباب التي تعود إلى علاقات الطفل بمحيطه العائلي وخاصة الوالدين. ومنها:

1- شعور الطفل بأنه غير مرغوب.
2- التربية المتسلطة.
3- الاستهزاء بالطفل والاستخفاف بقدراته.
4- الاحتضان المفرط.
5- طموح الوالدين المفرط بالنسبة لطفلهما.
6- الاهتمام المفرط لدى الأهل برأي الناس.
7- علاقة الطفل بإخوته.

8- قلة صبر الأهل على الطفل الناتجة من إفراط نشاطهم.

9- عدم الاهتمام الكافي من قبل الأهل بما يريد الطفل أن يعبر لهم عنه. (بندلي، 1991)

مظاهر الخجل:

1- موقف الطفل الخجول يتصف بشكل عام بتردد وعدم ثقته بالنفس تتخللها محاولات إقدام متعثره يعقبها فجأة تقهقر إلى المواقف السابقة، هذا الموقف يعبر عن ذاته بمظاهر شتى تظهره بادياً للعيان وتزيد بالتالي من تأزم نفسية صاحبها ومنها:

1. إحمرار الوجه.
2. إضطرابات في الأحاسيس والنطق والذاكرة.
3. العجز عن التعبير عن حاجاته.
4. التهرب من العلاقات الاجتماعية.
5. تجنب الألعاب الجماعية.
6. السعي إلى الأوضاع التي تضمن له الظهور بمظهر الأقوى.

أما علاج مشكلة الخجل:

1- زيادة وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل الخجول.

2- تدريب الطفل على مواقف التفاعل الاجتماعي بشكل تدريجي وبجو آمن خال من التهديد بين الأب أو الفرد.

3- تشجيع الطفل على إقحام المواقف الاجتماعية حتى لو نجم عن ذلك ارتكاب أخطاء.

4- ملاحظة التحسن الذي يطرأ على سلوك الطفل الاجتماعي وتشجيعه.

5- إكساب الطفل مهارات الاسترخاء العضلي أو الاسترخاء الذهني عن طريق الكلمات والحديث الإيجابي مع الذات.

6- تحسين مفهوم الذات لدى الطفل وجعله أكثر واقعية وأكثر إيجابية من خلال تغيير معتقدات الطفل عن ذاته. (غيث، 2006)

7- تقليل الخجل عن طريق الاسترخاء والتقليل من الحساسية التدريجي.

8. محاولة تفهم خجل الطفل.

9. تحاشي إبراز خجل الطفل.

10. إفساح المجال أمام الطفل لتحقيق التغلب التدريجي على الخجل من خلال نجاحات يحققها أمام الآخرين.

11. توفير الفرص للطفل لأن يعبر عن نفسه بشتى الوسائل، ومن وسائل هذا التعبير عن الذات، ممارسة السلوكيات التالية:

1. الرسم.	2. الأشغال اليدوية على أنواعها.
3. الرياضة على أنواعها.	4. الرقص الفولكلوري.
5. التمثيل.	6. تشجيع اتصال الطفل بأولاد آخرين.

(بندلي، 1994)

❖الحساسية الزائدة للنقد:

الحساسية الزائدة هي أن يستجيب الفرد بشكل مبالغ بـه، وأن يشعر بأنه ذي انفعالية بسهولة، فالفرد ذو الحساسية الزائدة لا يقبل النقد أو التقيم دون الشعور بالأذى، ويمكن أن يستجيب للشعور بالأذى بطرق مختلفة مثل الانسحاب أو الخجل أو الغضب أو الحزن...

الأسباب:

1- مشاعر عدم الكفاءة، فالفرد الذي يشعر بأنه غير كفؤ وغير جدير تظهر لديه حساسية عالية لأي شكل من أشكال النقد أو التقييم.

2- توقعات الفرد غير الواقعية من الآخرين، فالفرد الذي يتوقع الشيء الكثير من الآخرين يصاب بخيبة أمل على نحو مستمر، ويؤدي ذلك إلى تطوير حساسية زائدة عند ذلك الفرد.

3- قد يطور بعض الأفراد حساسية زائدة كطريقة فعالة لضبط الآخرين والحصول على ما يريدون.

4- قد يكون سبب الحساسية الزائدة عند بعض الأفراد تكويني، فبعض الأفراد أجهزتهم العصبية تستجيب بشدة أكثر مما هو الحال لدى أفراد آخرين. (القاسم وآخرون، 2000)

*** قلق الانفصال:**

الانفصال هو مرض نفسي بين الأطفال وهو أحد أهم أمراض القلق المتعددة التي تصيب الأطفال.

ويمثل قلق الانفصال حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب الذي يظهر نتيجة الخوف المستمر من فقدان أحد الأبوين والتعلق غير الآمن بهما، والتعلق غير الآمن يقصد به ذلك الذي يعبر عنه الطفل ببكائه الشديد لمدة طويلة عندما ينفصل عن أمه، ثم بكائه مرة أخرى عندما يراها: كما يبكي عندما يبتعد عن الالتصاق بجسد أمه.

الأعراض:

يصاب الطفل بقلق شديد وتوتر عند ابتعاده عن البيت أو عن الشخص الذي يمثل له مركز الأمان (الأم) أو أي فرد من العائلة، وأحيانا مجرد التفكير أو عرض فكرة الانفصال للطفل.... تصيبه بخوف وتوتر شديد وعادة ما يصاحبها

أعراض عضوية وجسمية مثل ألم في البطن، غثيان استفراغ.. ألم في الرأس، أيضاً بعض الأطفال يرفضون خروج الأم من البيت، وفي الحالات الشديدة يتبع الطفل أمه من غرفة إلى أخرى.

أيضاً من الأعراض وجود أحلام وكوابيس في الليل عند نومهم ... رفض النوم بمفردهم، وهناك أفكار كثيرة سيئة تدور في أذهان هؤلاء الأطفال وكلها تدور حول احتمال حدوث أذى للأهل أو عدم إمكانيتهم الرجوع إليهم، والمشكلة تظهر بشكل أكبر عند دخول المدرسة (بطرس، 2007).

أسباب قلق الانفصال:

1- الصراعات الأسرية، إذ أنها تثير خوف الطفل من فقدان أحد الأبوين.

2- غياب الأم المتكرر عن الطفل خاصة في السنوات الأولى من عمره.

3- الشعور بعدم الأمان نتيجة الحماية الزائدة.

4- الاستعداد الوراثي بحيث يكون الطفل الذي يعاني من المرض له أقرباء أيضاً في العائلة يعانون من مرض القلق.

5- تعرض الطفل لأحداث مؤثرة أو ضغوط نفسية خارجة عن إرادة الأهل.

ويمكن علاج مشكلة قلق الانفصال بإتباع ما يلي:

1- التماسك الأسري وحل الخلافات الأسرية بعيداً عن الطفل.

2- إشعار الطفل بالأمان والطمأنينة وتعويده الاعتماد على نفسه.

3- بناء علاقة عاطفية سليمة مع الطفل.

4- عدم تركه فجأة في السنوات الأولى من عمره. (بطرس، 2006)

* **الكذب:**

والكذب هو عدم مطابقة الواقع الحقيقي في القول، أو ذكر غير حقيقي مع معرفته أن العكس صحيح، أو هو خداع شخص آخر من أجل الحصول على منفعة ومن أجل التخلص من أشياء غير سارة. (العناني، 2005)

حين يكتشف الوالدان أن ابنهما يكذب في حديثه، إنه يعمد إلى اختلاس بعض الأشياء والحاجات فإنهما يجزعان أشد الجزع، ويضطربان كل الاضطراب، ويتساءلان عما إذا قد أساءا في تربية إبنهما، أو عما إذا كانت لهذا الابن (ميول شريرة) يجب اقتلاعها أو إيقاف نشاطها، ومع هذا فقد لا يرى العلماء والمختصون في السرقة والكذب إلا نوعاً من المظاهر التعبيرية الخاصة بإحدى مراحل النمو، وأن بوسع الوالدين أن يصلحا في المستقبل كل شيء وبسهولة، إذا هما تفهما الدوافع التي تحرض الصغير واستعانا بالوسائل الناجحة.

وتعد ظاهرة الكذب من المشكلات التي يعاني منها الآباء والمربون والمجتمع بشكل عام، وذلك في كافة المجتمعات، كما تجد المهتمين يبحثون عن الطرق الممكنة للحد من هذه الظاهرة والحيلولة دون تفشيها بين أفراد الأسرة أو المجتمع، حيث قدر بعض الباحثين أن الإنسان يكذب حوالي ثلاث مرات في اليوم، وأكثر من ألف كذبة في السنة، مبيناً في الوقت نفسه أن مواقف حياتنا اليومية تكشف عن زيادة ملحوظة في هذا المعدل.

ويعرف الكذب على أنه ضد الصدق، فإذا أطلق على الخبر دل على عدم مطابقته للواقع، وإذا أطلق على الشيء أو الفعل دل على التزييف أو الغش، وإذا أطلق على الشخص الإنساني دل على عدم مطابقة سره لعلانيته، وإذا أطلق على الفكر دل على فساد أحكامه.

أيضاً يعرف الكذب إنه حالة انفعالية دفاعية تهدف إلى التكيف وإعادة التوازن من خلال التبرير، أو كوسيلة لتفعيل الخيال الخصب كما في اللعب الإيهامي.

أما علماء النفس فينظرون إلى الكذب على أنه سلوك قصدي، يهدف إلى تثبيت اعتقاد خاطئ من خلال إقناع شخص آخر بشيء يعرف أنه زائف أو غير صحيح.

ويؤكد علماء النفس أن الكذب قدرة يتقنها بعض الأفراد في حين لا يتقنها البعض الآخر، حيث يفشل الكثير من الناس في امتلاك أو إتقان هذه القدرة، وذلك للحساسية الزائدة عند البعض نتيجة لشعورهم بالذنب لمواقف الخوف والارتباك والتوتر الذي يصاحب الكذب، وبالتالي خوفه من أن يكشف أمره بسهولة.

وأكثر مراحل العمر التي يلجأ فيها الفرد إلى الكذب تكون بين سني الخامسة والسادسة وبين الثامنة والتاسعة من العمر، كما أن الذكور أكثر كذبا من الإناث. (العتوم والجراح، 2005)

فتشوا عن سبب الكذب: قد يعود الطفل إلى بيته قادما من المدرسة، فيروي حوادث لا أصل لها، ويكذب من أجل أن يترك أثرا ما في الآخرين، أو يترك فيهم طابع الإعجاب والمسرة فهذا كله لا يعدو في الحقيقة كذبا بالمعنى الدقيق للكلمة، والطفل يسلك هذا السلوك نظرا لأن حاجته إلى الإحساس بالأهمية لم ترتو ولم تشبع، فهو يخترع قصصا تستنتج أن تجذب انتباه الآخرين والكبار بوجه خاص إليه، إذن معنى الآباء والأمهات ألا يحقروا أبدا تعطش الصغير لجذب الانتباه إليه وإلى شخصه، وعن طريقة الألعاب واللعب وعن طريق الفرص الكثيرة التي يتيحها الفريق للأفراد الصغار يستطيع كل طفل أن يشجع خاصة إلى جلب الانتباه وإلى الشعور بالأهمية في حياته فتزدهر حياته الواقعية بدلا من أن يزدهر خياله وأكاذيبه.

والكذب وسيلة من وسائل حلول المشاكل يلجأ إليه الطفل لتغطيته ذنب يخاف عقابا عليه، أو كي يدافع عن نفسه ويبعد عنها ما يخيفه أو يظن أنه سيؤله، وقد يعمد الطفل إلى الكذب المتقن المنمق ليجنبه المشاكل أكثر مما يجنبه إياها الصدق، وهكذا تكون المسألة مقصودة بغية حماية الذات وحل المشكلة حلا

سلبيا، بإعاقتها أو تأخيرها أو إبعادها، المهم أن الخوف هنا يكون هو السبب للكذب، سيما إذا اتصفت الأم والأب أو المدرس بالقسوة، فغالبا ما تلحق بالكذب اتجاهات مختلفة في مجال العمل والسلوك، وقد يصاحب ذلك الخداع والغش وما شابه. (زيعور،1993)

يعزى كذب الأطفال في الغالب إلى خيال الطفولة الخصب، ويجهل الآباء هذه الحقيقة فيحاولون كبح هذا الكذب بقسوة ودون هوادة.

أما لجوء الأطفال إلى الكذب باستمرار – وخاصة الكذب بلا مبرر او سبب – وذلك قبيل السنة العاشرة وما بعدها، فنادرة تندر باحتمال تحول الأطفال إلى (أحداث جانحين) أو تعرضهم لمرض من الأمراض النفسية. (كيال، 1993)

ومن أسباب الكذب:

1- الدفاع عن النفس للتهرب من عدم استجابة الأبوين أو عقابهما.

2- الغيرة والانتقام.

3- تقليد سلوك الكبار الراشدين كالوالدين والأشقاء.

4- الشعور بالنقص وعدم الشعور بالأمان.

5- الإنكار لتجنب الذكريات المؤلمة.

6- الكذب المرضي أو المزمن.

7- التفاخر للحصول على الاعجاب والاهتمام.

8- الولاء أو الكذب الوقائي.

9- عدم الثقة بالطفل وعدم تصديقه عندما يخبر الوالدين بالحقيقة وبالتالي يفضل الطفل الكذب.

10- العداء (عبد الرحمن، 2003).

وهناك أنواع من الكذب منها:

1- الكذب الخيالي.

2- الكذب الاجتماعي.

3- كذب الدفاع عن النفس.

4- الكذب المرضي.

5- الكذب الانتقامي. (بطرس، 2007)

طرق الوقاية من الكذب:

1- عدم استخدام العقاب فهو وسيلة مضللة لتعديل سلوك الكذب.

2- دعم فكرة أن الاعتذار بالخطأ ليس من العيوب وأن الصدق في قول الأحداث كما وقعت يؤدي إلى تجنب العقاب.

3- توفير القدوة الحسنة في ممارسة سلوكيات الصادق.

4- البعد عن تحقير الطفل لأن ذلك يخفض من مفهومه لذاته ودعم الثقة بالنفس لديه، وإظهار مواطن التفوق ودعمها.

5- البعد عن السخرية من الطفل أو تأنيبه وتوبيخه لأتفه الأسباب. (عبد الرحمن، 2003)

العلاج:

1- تجنب الأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية.

2- تعويد الطفل على مصارحة والديه وإشعاره بالأمان.

3- إشباع حاجات الطفل المختلفة.

4- اتسام الوالدين بالعدالة وعدم التفرقة بينهم.

5- تقديم القدوة الحسنة لسلوك الصدق والأمانة.

6- الايحاء للطفل بقدرته على ترك الكذب والعودة لأن يكون صادقا، وتصديقه وإعادة الثقة به وبأقواله.

7- تعزيز قول الحقيقة وإثابته عليها.

8- توفير بيئة آمنة غير مهددة، والتسامح مع أخطاء الطفل حتى لا يلجأ إلى الكذب كوسيلة لتجنب العقاب.

9- رواية القصص وممارسة الألعاب التي تحث على قول الحقيقة والصدق، وقصص عن نتائج الكذب وما يقع على الكذاب من عقاب في الدنيا والآخرة.

10- تطبيق جزاءات على الطفل حين لا يلتزم بقول الحقيقة. (عبد الرحمن، 2003)

11- تعليمه القيم الاجتماعية والأخلاقية وتوفير المناخ الأسري الجيد.

12- عدم انزعاج الوالدين من كذب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة، ويفضل أن يوضح الوالدين للطفل الفرق بين الخيال والحقيقة.

13- مراجعة العيادات النفسية في حالة الكذب المرضي. (http\\mashy.com)

*** التأخر الدراسي (ضعف التحصيل)**

يواجه الطلبة واحدة من أهم المشكلات في حياتهم الدراسية وهي مشكلة التأخر الدراسي، حيث يعاني منها الطلبة والآباء والمدرسون، والتأخر الدراسي أو ضعف التحصيل من المشكلات التي لها أبعاد متعدد فهي نفسية وتربوية واجتماعية، لهذا أهتم بها عدد كبير من علماء النفس والتربية المدرسين وأولياء الأمور.

يعرف التأخر الدراسي بأنه: حالة تأخر أو نقص في التحصيل لأسباب قد تكون عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط.

أنواع التأخر الدراسي:

1- تأخر دراسي عام، ويرتبط هذا النوع بالذكاء حيث تتراوح نسبة الذكاء بين المصابين بهذا النوع ما بين (70-85) درجة.

2- تأخر دراسي خاص: هو التأخر الدراسي الـذي يكـون في مـادة معينـة مثـل الحساب أو العلوم، ويرتبط هذا النوع بالمواقف الصارمة التي يمر بـها الطـالب كوفاة أحد أفراد الأسرة مثلا.

أسباب التأخر الدراسي:

1-الأسباب العقلية، مثل تدني نسبة الذكاء وضعف القدرة على التركيز والانتباه وضعف الذاكرة.

2- الأسباب النفسية والانفعالية، مثل إصابة الطلبة بالخمول والإحبـاط وفقـدان الثقة بالذات وسوء التكيف وكراهية مادة دراسية أو أكـثر، ومشـاكل التبـول اللاإرادي، والكذب والعدوانية والنوم.

3- الأسباب الصحية والجسمية، مثل تأخر النمو وضعف البنية الجسمية والتلف الدماغي، وضعف الحواس مثل السمع أو البصر وسـوء التغذيـة، اضطـراب الكلام، أيضا الحالة الصحيحة السـيئة لـلأم خـلال فـترة الحمـل، وإصابتـها بأمراض خطيرة.

4-الأسباب الاجتماعية والاقتصاديـة، مـن الأسـباب الاجتماعيـة (الاضطـراب الأسري) كثرة المشاكل الأسرية، وعدم التكيف بين أفراد الأسـرة، وأسـاليب التنشئة الأسرية الخاطئة وغير السليمة.

5- الأسباب المدرسية، مثل اضطـراب العلاقـة بـين المدرسـين أنفسـهم والإدارة والطلبة.

علاج التأخر الدراسي:

يتم علاج التأخر الدراسي بمشاركة المـدرس والمرشـد النفسـي والأسـرة، وذلك للتعرف على الأسباب وآفاته، وتكوين علاقة جيدة يسودها الثقة والألفة، وتشجيع الطالب على التعديل الذاتـي الدراسـي، العمـل علـى تحسـين مسـتوى توافقه الأسري والمدرسي والاجتماعي.

*** أحلام اليقظة :**

أحلام اليقظة توصف بأنها آلية هروبية، وذلك على اعتبار أن الفرد الحالم يحاول في الأساس أن يبتعد أو يهرب. (عاقل، 1985)

وتعتبر هذه الأشكال من السلوك نوعا من الاضطراب إذا كانت تحدث بشكل مفرط وبصورة متكررة. وينظر إليها علماء السلوك على أنها نوع من الاضطراب إذا ما استخدمت من جانب الفرد كوسائل للهروب أو الانسحاب. (القاسم، وعبيد والزعبي، 2000)

وقد يبقى الفرد جسديا دون هرب إلا أنه من ناحية نفسية ووجدانية غائب عما يدور حوله ومنسحب إلى عالم خاص كما هو في أحلام اليقظة، فبدلا من أن يواجه مشكلاته يتصور حاله وقد انحلت قضاياه، وبدلا من العمل للوصول إلى ما يريد يتخيل ذلك ويتلذذ به عبر أحلامه ويكتفي بهذه التخيلات. (غيث، 2006)

إن الأفكار الخيالية والتمنيات التي تسمى (أحلام اليقظة) شائعة عند الأطفال العاديين، إلا أن المقصود بهذه الأحلام كمشكلة هو انغماس الشخص بالأحلام في وقت غير مناسب على نحو يتضمن عدم القدرة على التركيز، وأكثر أحلام اليقظة شيوعا أن يحلم الأطفال بأنهم أبطال أو فائزون وأنهم من مشاهير العالم.

والمؤشر الأساسي لوجود مشكلة هو أن تعيق أحلام اليقظة عمل الشخص، فحلم الطفل بدل أن ينتبه أو يكمل واجباته أو يختلط بزملائه... إلخ، يشير إلى وجود مشكلة أحلام يقظة وإن طول الفترة التي يقضيها الطفل في هذه الأحلام يوما بعد يوم يعتبر مؤشرا على تفاقم المشكلة (شيفز وميلمان، 2001).

كثيرا ما ينادي المعلم طالبا، فيجفل ويضطرب، ثم يطلب أن يعاد عليه السؤال الذي كان المعلم قد طرحه عليه حين ناداه، أنه خارجا من عالم آخر عالم خلقه لنفسه وبنفسه، إنه عالم الأحلام حين يكون عالم الحقيقة صعبا لدرجة أن الإخفاق يكون محتوما، فإن الإنسان يحتمي في عالم الأحلام، حيث يتخيل الإنسان

نفسه كما يريد أن يكون، وهكذا، فالضعيف يتخيل نفسه قويا، والخجول صبورا، والفقير غنيا، وبهذه الصورة يتغلب الإنسان على صفقة ويستمتع بحياته.

وحيث يجد الفرد عناء ما في تأدية عمل ما قد يلجأ إلى النوم، فالطالب الذي يجد صعوبة في الدراسة قد يشعر بالنعاس وينام بدون أن يدرس (العناني، 2005).

وقد يستغرق الفرد في عمل شاق هربا من مشاكله الشخصية والاجتماعية التي تسبب له الإحباط والقلق، وقد يلجأ الكبار إلى الإدمان والتعاطي للكحول والمخدرات في محاولة منهم للهرب من واقعهم، أيضا يدخل ضمن التعاطي الحبوب المنومة لتغييبهم عن العالم ساعات عديدة آملين في أن يتحسن حالهم بعد ذلك الغياب المؤقت عنه.

إن هذه الأساليب الانسحابية تشكل خطورة على الفرد، لأنه ينسحب عن ميدان المشكلة ويتناساها فتبقى قائمة دون حل ويصعب حلها، ويكمن ضرر الانسحاب في أنه من الممكن أن يصبح أسلوب الفرد في مواجهة أي مشكلة مما يجعله سلبيا خاضعا ومنعزلا.

والميل للانسحاب والخضوع ومسايرة الآخرين بشكل مطلق يعود لأساليب التنشئة الاجتماعية كالتدليل أو الحرمان الزائد والقسوة والإهمال وغير ذلك. وعلى الأهل الحرص على تخليص الطفل من أسلوب الانسحاب والخضوع وذلك عن طريق تنمية ثقته بنفسه وتطوير قدرته على حل المشكلات.

ولكن يمكن القول أن كل فرد يلجأ للأحلام بشكل أو بآخر، ولا ضرر منها ما دام الفرد على اتصال مستمر بالواقع، أما اعتياد الهروب من واقع الحياة إلى عالم الأحلام، فأمر سيء. (عاقل، 1985).

أسباب الانسحاب:

1- إدراك الطفل لأحلام اليقظة بأنها أكثر إشباعا له من حياته الواقعية عندما يشعر بأن حياته الواقعية صعبة جدا أو أنها غير مشبعة بشكل غير عادي وفي

هذه الحالة تصبح أحلام اليقظة مهربا ممتعا، فالأماني يتم تحقيقها من خلال الخيال، والخيال يعطي شعورا قويا بالرضا بالمقارنة مع النشاطات اليومية المملة.

2- التعويض عن إعاقة حقيقية.

3- أحلام اليقظة كعادة.

4- أحلام اليقظة عند الخجولين.

5- الخوف من الآخرين حيث يأخذ الخوف عدة أشكال إلا أنه يؤدي إلى الهرب وتجنب الآخرين.

6- نقص المهارات الاجتماعية، فالأطفال لا يعرفون كيف يقيمون علاقات مع الآخرين.

الوقاية:

1- من الضروري توفير خبرات اجتماعية إيجابية مع الآخرين في مرحلة مبكرة ومشاركة الوالدين في بعض ألعاب الأطفال.

2- على الوالدين تقديم نموذج جيد ويتعلم الأطفال التعايش والانتماء الايجابي للجماعة، فالأطفال يتعلمون بالملاحظة.

3- زيادة الثقة بالنفس لدى الأطفال منذ الصغر. (شعبان وتيم، 1999)

4- تأكيد الشعور بالرضا وبالحياة الواقعية.

5-العمل على تنمية الإحساس بالكفاءة منذ الصغر (شيفز وميلمان، 2001)

العلاج:

1- على الوالدين مكافأة أطفالهم على أي شكل من التفاعل الاجتماعي.

2- تشجيع المشاركة مع الجماعة تشجيعا نشطا، إذ يجب تشجيع الأطفال المنسجمين والقادرين على التفاعل مع الآخرين في ظروف متنوعة.

3- المشاركة في الرحلات الاجتماعية، وعلى الوالدين إعطاء طفلهما عصير مثلا ليقدمها لزملاءه في الرحلات الاجتماعية.

4- تدريب الطفل على مهارات اجتماعية محدد مثل المحادثة اللبقة مع زملاءهم.

5- تعليمهم الإصغاء للآخرين ونبين لهم كيفية إقامة الصداقات وتعليمهم التفاعل الاجتماعي الحميد. (شعبان وتيم، 1999)

٩

الفصل التاسع

اضطرابات العادات



اضطرابات العادات

*** مشكلة مص الإصبع:**

الامتصاص هو أحد الأفعال التي يقوم بها الطفل المولود، وعن طريق هـذا فالطفل لا يتناول طعامه فحسب بـل يتعـرف إلى أولى الأحاسيس اللذيـذة الـتي ستحفل بها حياته، والمص فعل طبيعي جداً وبسيط تماماً وملائم للطفـل الـذي يولد وهو لا يملك وسيلة أخرى لتغذية نفسه، حين يكبر تزداد حركاته فتمتد يداه إلى هنا وهناك وكل الجوانب ... وسرعان ما تجد طريقهما إلى فمه، وإذا بأصابعـه (غالباً ما يكون الإبهام) تلمس شـفتيه فيمصـها كـرد فعـل حالما تتنبـه الشـفتان واللسان، فيحس باللذة من هذا المص، يكرر التجربة مرة بعـد مـرة، ثـم تنقلـب عنده إلى عادة هي عادة مص الإصبع أو الإبهام.

هناك عادة مص الإصبع في أولى مراحل الطفولـة، فـإذا هـي تعـدت هـذه المراحل كانت دليلاً على أن الطفل إنما يعتمد عليها في سعيه للتخفيف من حدة قلق يشعر به.

وعند تقديـم الأم الطعـام والشـراب والأشـياء لـه ينسـى مـص الإصبـع ويتعرف إلى ملذات وأفراح أكثر حاجة، ولكن إذا لم تحقق للطفل الملذات الجديدة فمن الجائز أن يمارس مص إصبعه حتى تصبح عادة قوية آسرة، والباحثين يُعدون عادة مص الإصبع طبيعية طالما كان الطفل صغـيراً، أمـا إذا كـبر وتجـاوز مرحلـة الرضاعة وأخذ يمشي ويتكلم ويقوم بأعمال مختلفة مثل الكبار، ورغم ذلك يمـص اصبعه، وأصبحت عادة، فإننا نبدأ بالقلق شاعرين أن شيئاً غير طبيعي.

إن علاج مص الإصبع في المرحلة الأولى شيء لا بد منـه أن يكـون بزيـادة كمية حليب الرضاعة، أيضاً إحاطة الطفل بمزيد من الحب والحنان، وتستطيع الأم سحب إصبع طفلها من فمه أثناء نومه، والخطر من اسـتمرار هـذه العـادة إلى مـا

بعد الطفولة الأولى إنما هو في التشويه الذي يطرأ على أسنان الطفل أو سقف حلقه من جرائها، ويحسن بالآباء أن يشجعوا طفلهم على التغلب على تلك العادة بنفسه، بالثناء عليه والتصفيق له إذا نجح، وبالإحجام عن معاقبته إذا فشل، بذلك يهون الأمر كثيراً وتتماثل المشكلة إلى الحل السريع، أما وضع المواد المرة على أصابع الطفل أو وضع الأكف في يديه، أو شد أصابعه على نحو ما بأداة معدنية، فإجراءات لا يجوز اللجوء إليها إلا كمحاولة أخيرة. (كيال، 1993)

أسباب مص الإصبع:

في الغالب ليس هناك سبب واضح، ولكن هناك نظريات منها:

1- عدم تمكن الطفل من الرضاعة الطبيعية مدة كافية.

2- ظاهرة متصلة بالجوع.

3- رد فعل للشعور بعدم الأمان والخوف.

4- وجود قلق نفسي أو حرمان عاطفي.

5- من النادر وجود أسباب في الأسنان أو اللثة.

وقد يؤدي مص الإصبع إلى:

1- يؤثر في تنظيم الأسنان الطبيعي.

2- إدخال الميكروبات للفم.

3- إدخال التراب والمواد السامة الأخرى للفم وابتلاعها.

4- قد يؤدي إلى جروح والتهابات في الإبهام - الإصبع أو الأظافر (بطرس، 2007).

نصائح للأهل لإقلاع عن هذه الحالة:

- اكتشفوا السبب الذي يحمل طفلكم على أن يمص إصبعه.

- اذكروا أن طفلكم بحاجة إلى فعاليات جديدة ومتنوعة تتمشى مع نموه وكبر سنه.

- اعلموا أن طفلكم سينسى بطبيعة الحال عادات أيامه الأولى (ومنها المص) طالما أنه أخذ يكتشف ويمارس نشاطات حديثه وعادات من مباهج جديدة.
- إنه إذا أتيحت للصغير فرص تجربة الأشياء ومشاهدتها، وإذا شجعه الكبار على أن يكتسب الأشياء المستخدمة والجديدة.
- إذا كانت حياة طفلكم معكم سعيدة ومبهجة فإنه لن يتشبث أبداً بسلوك الطفولة أو بأفعاله التي ألفها في أيامه الأولى من حياته. (السبيعي، 1981)

العلاج:

1- التجاهل خاصة للأطفال الصغار الذين لا تزيد أعمارهم عن ست سنوات.
2- توجيه الطفل للآثار السلبية حول مص الإصبع.
3- استخدام أسلوب الثواب والعقاب أو الممارسة السلبية.
4- استخدام أدوات تركب على الأسنان لمن تزيد أعمارهم عن ست سنوات وذلك باستشارة الطبيب.
5- الاهتمام بتغذية الطفل.
6- إشعار الطفل بالأمان.
7- الاتفاق مع الطفل بتذكيره بضرورة الاقلاع عن هذه العادة.
8- تعويده على شغل يديه بعمل مفيد. (القاسم وآخرون، 2005)
9- الاسترخاء والإيحاء. (العناني، 2005)

*** مشكلة قضم الأظافر:**

قضم الأظافر ظاهرة تدل على وجود القلق والتوتر النفسي، حيث يصاحب ذلك انفعال الغضب أو الشعور بالحرج، وتنتشر هذه الظاهرة بين الأطفال – ذكوراً وإناثاً– ممن يعيشون في بيئة تسبب لهم الشقاء، لذا فإن هذه الظاهرة تنتشر بين الأطفال الذين تربوا في مؤسسات داخلية بعيداً عن الأسر الطبيعية، أو بين من تربوا في بيئة غير سوية كالأسر المفككة. كما أنها تنتشر بين

المراهقين والمراهقات. ولا تعتبر هذه العادة ظاهرة مرضية إذا لازمت الأطفال في السنين الأولى من حياتهم، أما إذا استمر الطفل في قضم أظافره كلما تقدم بالعمر فهنا تكمن الخطورة حيث تعبر هذه العادة عن اضطراب نفسي، وغالباً ما يصاحبها الاستغراق في أحلام اليقظة أو الاكتئاب عند الكبار. (الهابط، 1985)

وأثبتت الدراسات أن هناك علاقة بين التوتر العصبي من جهة العادات اللاوظيفية مثل عادة قضم الأظافر، من جهة أخرى حيث تكثر ممارسة هذه العادة عند الأفراد الذين لديهم ضغط عصبي، لذا يلجأ العديد من هؤلاء الأفراد إلى قضم أظافرهم كوسيلة للتخلص من الضغط النفسي الموجود لديهم.

أيضاً أثبتت الدراسات وجود علاقة بين عادة قضم الأظافر وكل من العمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأفراد.(Klatte and Deardorff, 1981)

وتعتبر مشكلة قضم الأضافر أهم العادات العصبية الشائعة عند الأطفال وخاصة بعد السنة الأولى من عمرهم، وتشير الإحصائيات المختلفة إلى أن هذه العادة تبدأ من عمر أربع إلى ست سنوات بما نسبته (28-33٪)، وترتفع هذه النسبة إلى أن تصل أقصى مدى لها في عمر عشر سنوات، حيث وصلت حسب بعض الدراسات إلى ما نسبته (45٪)، وقد تستمر هذه العادة إلى مرحلة المراهقة المتأخرة، وتمتد أحياناً إلى فترة البلوغ، وتزيد نسبة ممارسة عادة قضم الأظافر بمرة ونصف لدى الإناث عنها لدى الذكور، وتكون أحياناً مصحوبة بقضم أظافره الأرجل أيضاً. (Alexander and Robson,1990)

إننا لا نستطيع فهم الاضطرابات النفسية عند الطفل دون معرفة عميقة بتاريخه الشخصي الفردي في أسرته، إن الأسرة المضطربة هي سبب صعوبات الطفل النفسية والعصبية؛ فما يعانيه هذا الطفل يكون انعكاساً لبيئته العائلية من حيث علاقة الأبوين ببعضهما، وبالولد، وما إلى ذلك.

إن المشاكل النفسية والحدة النفسية التي تتفاقم في داخل نفس الطفل فتدفعه ليصنع شيئاً حتى ينجو منها فيلجأ إلى قضم الأظافر ويدل ذلك على وجود

اضطراب داخلي أو قلق، وليس من السهل دوماً أن نعرف أسباب القلق. (السبيعي، 1981)

فهذه الحركات تدل على توتر وأنها أمراض صراع داخلي، وتنم عن وجود مشكلة وتسمى هذه الحركات بالخلجات العصبية، Convulsivitest) (nerveuses، ومما يدفع الطفل إلى قضم أظافره هو عدم توازن نفسي، ونقص في الاستقرار العاطفي والانفعالي، فهذه الحركات تولد لذة داخل الطفل، مما يجعله يكرر اللجوء إليها، فالقضية ترتبط باختلال في توازن الطفل مع بيئته (زيعور، 1993).

ويقضم الطفل غالبا أظافره ليخفف من حدة شعوره، أو ينجو من قلق يشل قواه ويسيطر عليها، والطفل الذي يعض على شفتيه، والبنت التي تلف خصلات شعرها بأصبعها، ورمش العين بعصبية، أو فرقعة الأصابع والطفل لا يكف عن قضم أظافره لمجرد تنبيه ذويه الكبار فيمنعونه من ممارستها أو يدهنون أصابعه بمادة مرة أو كريهة المذاق (كيال، 1993)

إسباب قضم الأضافر:

1- التخلص من التوتر والطاقة العصبية والقلق.
2- إشباع دوافع عدوانية أو انفعالية نفسية ذات أصل بيولوجي.
3- التقليد فبعض الأطفال يمارسون هذه العادة لأنه رأى غيره يمارسها. (القاسم وآخرون، 2000).

العلاج:

والعقاب والوسائل المستعملة للتخفيف من قضم الطفل لأظافره لا تؤدي إلى نتيجة سوى الايذاء، لكن جذب الطفل إلى أشياء أخرى وملء فراغه بنشاطات ممتعة، والعمل على إزالة هذا القلق والتوتر هي أفضل السبل لإزالتها سريعا، أما الاستهزاء والانتقاد اللاذع فلا فائدة منهما، وقد يلجأ أحيانا إلى تنبيه الطفل الكبير إلى أن هذه العادة تقلل من قيمته بين الناس. (طنوس، 1994)

ويعمد إليه الأطفال تخفيفاً لقلقهم، وإلحاقاً لعاداتهم السابقة في مص أصابعهم، ومثل هذه العادة كمثل سالفتها من حيث العلاج، وقد يكون علاجها في البنات أقرب مثالاً بتشجيع البنت على طلاء أظافرها بالطلاء (المانيكور) بقصد الزينة ومجاراة الكبار. (كيال، 1993)

*** التبول اللاإرادي:**

يعد التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال من الحالات المهمة الواجب إيلاؤها الاهتمام والمتابعة، وذلك نظراً للمتاعب النفسية التي تسببها للطفل، والتي قد يترتب عنها الكثير من التبعات التي تلازمه بقية حياته.

يعرف التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال بأنه حالة عدم تمكن الطفل المتجاوز للسنة الطبيعية لقابلية المثانة على السيطرة الإرادية (وهي سن الرابعة أو الخامسة) من السيطرة على التبول ليلاً، هذه السيطرة التي من أهم متطلباتها الإحساس بإمتلاء المثانة والقدرة على تخزين البول إرادياً، والقدرة النفسية على هذا التخزين، والأهم من هذا هو التدريب الصحيح للسيطرة على تخزين البول (الخواجة، 2004).

لعل في استمرار الطفل (بعد سن الثالثة من عمره) على التبول وما إلى ذلك في سريره دليلاً على ما يعانيه الطفل من صراع سيكولوجي بالغ الحدة، ولا غضاضة إذا كان عرضياً وحدث بين حين وآخر، خاصة إذا جاء كرد فعل لحادث ما أزعج الطفل، كمولد طفل آخر في العائلة، أو وفاة أحد أفرادها، أو طلاق الوالدين، أو بُعد الأبوين الطويل عن البيت، وما إلى ذلك، إلا أن حدوثه على نحو من التكرار دون توفر أي أسباب باعثة عليه فأمر يستدعي الرجوع إلى أخصائي نفسي.

ويجدر بالآباء ألا يعاقبوا الطفل أو يهينوه لمثل هذه الأسباب، والأولى بهم أن يخففوا له تعاطيه للسوائل في وجبة العشاء وقبل النوم .. (كيال، 1993)

يقسم التبول الليلي إلى نوعين : نـوع أولي، أي أن الطفـل لم يملـك إطلاقـاً القابلية على السيطرة على التبول ليلاً، ونوع ثانوي، أي أن الطفل امتلك القـدرة على هذه السيطرة لمدة لا تقل على الستة شهور ثـم فقدهـا وأصبـح يعـاني مـن التبول اللاإرادي لسبب أو لآخر.

ورغـم شـيوع حالـة التبـول الـلاإرادي، إلا أن (15٪) مـن الأطفـال قـد يحصلون على الشفاء التلقائي منها دون الحاجة للجوء إلى أي علاج، وقـد يكـون سبب هذه الحالة عضوياً في حوالي (5٪) منها، إلا أن النسبة الغالبية تعود لأسباب غير عضوية، وتكثر حالة التبول اللاإرادي هذه عنـد الأولاد قبـل سـن العاشـرة وتتساوى النسبة بين الأولاد والبنات بعد هذه السنة (الخواجة، 2004).

أسباب التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال

1- **أسباب جينية**: تبين من خلال دراسـات أجريت علـى التوائـم أن للجينـات الوراثية أهمية كبرى في تسبيب هذه الحالـة، فقـد تصـل النسـبة إلى (86٪) في التوائم المتشابهة، وهي لا تتعدى الـ(36٪)في التوائـم غـير المتشـابهة، كمـا أن (40٪) من الأطفال قد يعانون مـن الحالـة إذا كـان أحـد الوالديـن مصابـاً في طفولته بالحالة، وترتفع هذه النسبة إلى (77٪) إذا كـان كـلا الوالديـن مصابـاً بالحالة في طفولته، ويعتقد أن لبعض الكروموسومات علاقة بالمرض.

2- **الاستيقاظ الليلي**: إن عملية استيعاب امتلاء المثانة تحصل في العادة نحـو سـن الخامسة، وتحصل عملية السيطرة على التبـول النـهاري قبـل عمليـة السـيطرة على التبول الليلي، وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي يصعب إيقاظهم ليلاً مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون مـن الحالـة، وربما يفسر هذا صعوبة استيقاظهم عند امتلاء المثانة.

3- **سعة المثانة**: يعاني بعض الأطفال من ضيق في السعة المثانية، أو التهاب المثانـة أو الحالب.

4- **زيادة التبول الليلي:** بينت الدراسات أن هرمون مضاد القدرة يزداد في الليل عند الأطفال الطبيعيين مما يساعد على تقليل كمية البول، وأن هذا الهرمون لا يزداد ليلا عند الأطفال المصابين.

5- **عوامل نفسية:** هناك اسباب نفسية مثل التوتر والخوف والنكوص ولفت الانتباه، والغيرة، والحرمان من النوم، ولا يعاني معظم الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي من حالة نفسية سيئة في الأصل، ولكن معاناتهم النفسية قد تبدأ بسبب عدم قدرتهم على السيطرة على التبول الليلي، الأمر الذي يؤدي إلى عرقلة حصولهم على التشافي منه.

6- **قصور النمو التطوري:** وهي النظرية الأكثر قبولا لتفسير التبول اللاإرادي الليلي، وذلك لأن معظم الأطفال المصابين يتم شفاؤهم منه تلقائيا خلال نموهم، حيث تقدر نسبة المصابين (15٪) في عمر الخمس سنوات مقابل (10٪) من عمر الست سنوات.

7- **عدم النضج وعدم تلقي اساليب تدريب مناسبة لضبط التبول.** (الخواجة، 2004)

كيف تواجه مشكلة التبول اللاإرادي:

* على الأهل أن يتأكدوا أن الطفل لا يعاني من اضطرابات انفعالية.
* على الأهل أن يتأكدوا أن الطفل لا يخاف من الشجار والضجيج في البيت: فللشجار والخلاف في الأسرة نتائج وخيمة تؤثر على سلامة ونفسية الأطفال وصحتهم.
* على الأهل عدم اتخاذ المواقف الصارمة أو الإذلال والاحتقار، ولا حتى بالهدايا والرشاوي.
* على الأهل إعلام الطفل أن هناك أملا كبيرا في التخلص من هذه العادة، لذا على الأهل استبدال الخوف والخجل والعواطف المضطربة والإحساس بالذنب بالشجاعة والثقة بالذات.

* على الأهل إيقاظ الطفل في الليل وأخذه للحمام.
* على الأهل تعزيز الطفل ومدحه عند استيقاظه دون أن يبلل فراشه وملابسه.(السبيعي، 1981)

علاج التبول اللاإرادي:

1- فحص الطفل جسميا وعلاجه.
2- عدم إهمال الطفل وتدريبه على عملية ضبط المثانة في الوقت المناسب، يجب إيقاظ الطفل ليلا لدفعة للذهاب للحمام.
3- توجيهه لضرورة الذهاب للحمام قبل النوم.
4- عدم تخويفه وإراحته نفسيا، والبحث عن العوامل النفسية التي أدت إلى القلق والتوتر.
5- بث الثقة بالنفس والإيحاء له بأنه يستطيع السيطرة على عمليات التبول.
6- استخدام أسلوب العلاج السلوكي مثل التصحيح الزائد. (العناني، 2005)
7- استخدام طريقة الجرس والوسادة. (العلاج السلوكي).
8- تقليل تناوله السوائل قبل النوم. (قاسم وآخرون، 2000)

ويقسم علاج الحالة إلى قسمين: الدوائي واللادوائي:

1- العلاج غير الدوائي:

ويعتبر في كثير من الأحيان أهم من العلاج الدوائي، ويتم من خلال ما يلي:

أ . **التشجيع الايجابي:** كأن توضع مفكرة خاصة لتطور الطفل في السيطرة على تبوله، وتشجيعه على الذهاب إلى الحمام قبل النوم، وجعله يسهم في تنظيف الشراشف والملابس المبلولة صباحا، ومنعه من تعاطي أية سوائل لمدة ساعتين إلى أربع ساعات قبل النوم، إن نسبة الشفاء التام بواسطة هذه الطريقة تتراوح بين (25-30٪)، يجب إتباع هذه الطريقة كمرحلة أولى في الأطفال الصغار،

وإذا لم تؤد إلى نتيجة إيجابية خلال (3-6) أشهر فإنه يجب عندها الاتجاه إلى طريقة أخرى.

ب. العلاج السلوكي (Behavioral Therapy) :وذلك باستعمال منبه خاص يكون على هيئة جهاز صغير يلبس فوق ملابس الطفل مباشرة وفيه متحسس ارتجاجي يصدر أصواتا عندما تبل قطرات التبول الملابس الداخلية. وتقدر نسبة الشفاء بالعلاج اللادوائي بحوالي (60-70٪)، وهي الأعلى بين نسبة الشفاء في العلاجات الأخرى، ولكنها قد تستغرق وقتا طويلا وتحتاج إلى تعاون وصبر من قبل الطفل وذويه.

وبينت نتائج الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة، الأمريكية أن حوالي (19٪) من الأطفال العادين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبول لاإرادي ليلي، ومن بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمناهج السلوكية المعاصرة في علاج هذه المشكلة أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من هذه المشكلة متحققة للغاية، إذ تبلغ (14٪) بين الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى (16٪) بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل ما لتصل إلى (3٪) فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاما، ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحيانا (93٪) (إبراهيم، والدخيل، 1993)

2- العلاج الدوائي:

ويتم من خلال أخذ عقارات مثل الدسموبريسين Desmopressin والأوكسيبيوتينين Oxybutinin .

ومن المهم التأكيد على أن التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال هو حالة لا تتسبب بأية أضرار سوى التعب النفسي، وليست لها أية آثار عضوية. (الخواجة، 2004)

❖ إضطرابات النوم:

النوم عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية، وإن اضطرابات النوم لها آثار جسمية ونفسية سيئة بالنسبة للطفل، إن الفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع، وأكثر اضطرابات النوم شيوعا هي الأحلام المزعجة، والنوم القلق، والكلام أثناء النوم، وكثرة النوم، والفزع الليلي، والمشي أثناء النوم، والبكاء قبل النوم (القاسم وآخرون، 2000).

يقسم المتخصصون في مجال بحوث النوم الناس إلى نوعين : النمط المسائي، والنمط الصباحي، ويستيقظ النمط الصباحي مبكرا وهو يشعر بالراحة والانتعاش، ويعمل بكفاءة في الصباح، ويشعر أصحاب هذا النمط بالتعب ويذهبوا إلى الفراش في المساء المبكر، وعلى العكس من ذلك أصحاب النمط المسائي لديهم صعوبة في الاستيقاظ مبكرا، ويشعرون بالتعب في الصباح، ولكنهم يشعرون بالانتعاش والنشاط تجاه نهاية اليوم، ويكون أداء مثل هؤلاء الأشخاص جيدا في المساء، ويذهبون إلى النوم في المساء المتأخر، ويستيقظون متأخرا في الصباح، وقد قيست إيقاعات درجة حرارة الجسم في مختلف المنحنيات لدى هذين النمطين من الناس، وظهر أن درجة حرارة الجسم تصل إلى قمتها في المساء مبكرا بمقدار ساعة لدى أصحاب النمط الصباحي بالمقارنة إلى أصحاب النمط المسائي، ما الذي يحدد النمط الصباحي أو المسائي؟؟ إن ذلك غير معروف حتى الآن، ولكن الوراثة قد تقوم بدور في هذا المجال.. (Chokrovety, 1999)

ومتوسط ساعات نوم الأطفال قبل المراهقة عشر ساعات تقريبا في الليلة، في حين أن المراهقين في وسط المرحلة يقرون (8.5) ساعة تقريبا في الليلة، أما المراهقون الأكبر سنا (طلاب الجامعة) فيذكرون أن (7) ساعات تقريبا هي ما ينامون في الليلة، ويزيد المراهقون الأكبر سنا من ساعات نومهم في نهاية الأسبوع، في محاولة لتعويض ما نقصهم من نوم الذي تجمع عندهم خلال الأسبوع الدراسي، ويعزز معظم المراهقين الأكبر سنا في الولايات المتحدة

معاناتهم من حالة حرمان حاد من النوم، وهو ما يتسبب دون شك في تناقص وظائفهم اليومية، وبخاصة في المهام الرئيسية الطويلة كالاستماع إلى المحاضرات. (Whyte and Schaefer, 1995)

ومن الممكن أن تحدث اضطرابات النوم في الطفولة والمراهقة نتيجة مشكلات في الجهاز التنفسي أو العصبي، وقد تنتج عن مشكلات أسرية أو نفسية أو طبية نفسية، وفضلا عن ذلك فإن النوم يتأثر بعدد كبير من العوامل منها عوامل النمو والتطور، والمشكلات الصحية، والضغوط والألم، والضوضاء، والإضاءة، وعادات الأكل، ودرجة الحرارة، والخوف، ووجود أشخاص آخرين أو غيابهم... (Rosen, 1997)

اسباب اضطرابات النوم:

1- أسباب حيوية مثل الأمراض كفقر الدم أو اختلال الهرمونات أو سوء التغذية والإجهاد الجسمي أو العصبي والتعود على تناول أقراص منومة.
2- أسباب نفسية مثل القلق، الصراعات الداخلية.
3- التوتر والضغوط النفسية، والإرهاق الجسدي والقصص المخيفة، الحزن والهموم والقلق.
4- أسباب بيئية مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة نحو وقت النوم وإجبار الطفل على النوم في ظروف جامدة واستخدام النوم كتهديد وعقاب.
5- تغيير مكان النوم فبعض الأطفال لا يحب التغيير وتربطه علاقة قوية بسريره وغرفته.
6- الحرمان من الأم (قلق الانفصال) ووجود مشكلة إما أسرية أو مدرسية.
7- الرغبات المكبوتة أو الشعور بالذنب أو الخوف من الوقوع في الخطأ والتفكير في ذلك.
8- إرغام الطفل على النوم وتخويفه بالحيوانات أو الوحوش إذا لم ينم، أو نومه في غرفة مظلمة (بطرس، 2007).

علاج اضطراب النوم:

1- الدعم الأبوي للنوم وتوفير جو يسوده الهدوء والطمأنينة.

2- التعرف على الأسباب ومحاولة إزالته.

3- إعطاء الطفل إحساسا بالسيطرة وضبط الذات من أجل مواجهة الأحلام المحبطة. (القاسم وآخرون، 2000)

الجانب الإرشادي لخفض حدة اضطرابات النوم

1- تنظيم وقت الطفل، بوضع برنامج منظم لساعات نومه ويقظته وذلك يبعده عن مشكلة عدم الرغبة في النوم أو الأرق ويجعله أكثر استعدادا للنوم.

2- يجب أن تكون الساعة التي تسبق نوم الطفل مريحة وهادئة وخالية من الشجار والانفعالات مع الطفل.

3- الحزم مع الطفل، فعليه أن ينام وأن يترك له مكان نومه متجاهلين مناشدته وقليلا من طلباته.

4- تنبيه الطفل قبل نومه كي يستعد بإنهاء لعبة وهواياته قبل موعد النوم.

5- وضع لعبة مشوقة على سرير الطفل تجعله يشعر بالأمان ويقبل على النوم تؤنس وحشته ووحدته.

6- البعد عن اللوم والتهديد ومنح الطفل الحب والحنان.

7- إضاءة غرفة الطفل بالأبجورات و المصابيح ذات النور الضئيل ولا تتركه ينام في الظلام حتى لا يخاف.

8- تجنب وضع سرير الطفل في أماكن تجعله يرى ظلال أو تحرك ستائر كي لا يخيفه.

9- سرد قصة هادفة غير مخيفة على الطفل قبل نومه.

10- عدم استخدام النوم كعقاب للطفل حتى لا يربط الطفل ذلك المفهوم في ذهنه فيتجنب النوم (بطرس، 2007).

مشكلات الأكل:

البدانة أو السمنة المفرطة:

تعرف السمنة المفرطة بأنها ازدياد ترسب المواد الشحمية في الجسم عن الحدود الطبيعية المقبولة بتراكمها تحت الجلد وفي الأنسجة المختلفة وتكون على درجات وهي ليست مجرد زيادة عادية في الوزن بقدر ما هي مظهر سيكوسوماتي يؤثر على حركة الأنسجة ونشاطه وصحته بشكل عام (بطرس، 2007).

وهي أيضا زيادة في الشحم في الجسم، فبعض الأشخاص يعانون البدانة نتيجة كبت انفعالات القلق والحرمان، ويكون الشخص بحاجة إلى الحب والأمان والتقدير وإلى الإحساس بالقوة. فالشعور بالنقص يعوضه بالشراهة بالأكل، أو الرغبة في أكل مأكولات غير طبيعية مثل التراب والطين (العناني، 2005).

تستحوذ الأمراض الصحية الناتجة عن سوء تنظيم التغذية على اهتمام كبير، فالغذاء يفيد في الأمور التي تؤثر وتتأثر بمزاج الفرد إذ يرتبط تناول الطعام لدى الإنسان بعدد من الجوانب النفسية، فهناك علاقة مباشرة بين الطعام وبعض الأمراض النفسية، فالاكتئاب مثلا يرتبط بشكل مباشر بكمية الطعام التي يتناولها المريض، فإما أن يفقد المريض الشهية، الأمر الذي يجعله يعاني على المدى الطويل من الهزال والنحافة الشديدة، أو أن يميل إلى الشراهة المرضية وتناول كميات كبيرة من الطعام فتؤدي إلى البدانة.

ويؤكد المختصون أن خلو الجسم من الأمراض البدنية والنفسية يعني الاهتمام بالغذاء الصحي المتوازن ذي التأثير النوعي أكثر مما هو تأثير كمي، ويعتبر هذا التأثير القوي بمثابة عوامل رئيسية منشطة للعوامل البيوكيميائية التي تدخل داخل خلايا الجسم في كل وقت وعلى مختلف المستويات العضوية الحية، سواء كانت هضمية أو عضلية أو دفاعية أو دورانية. www. Arabiyat.com

الأسباب المباشرة للسمنة:

تشير دراسات (مايكل هالبرستام) إلى علاقة حتمية ذات دلالة إحصائية بين الانفعالات والعوامل النفسية وبين معظم أمراض الجسم مثل ضغط الدم وأمراض العيون وقرحة المعدة وأمراض القلب وأيضا السمنة.

ومن أسباب السمنة أيضا ما يلي:

1- القلق النفسي والحرمان العاطفي والضغط والكآبة.
2- احتمال وجود خلل - فيزيو - نيورولوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط، وخلل في إفراز الغدد.
3- الخمول وقلة الحركة والجلوس الطويل وعدم المشي والرياضة والاعتماد على وسائل الترفيه.
4- وفرة الأطعمة الدسمة وفوضى التغذية.
5- تنفيس هموم الإنسان بالأكل وصراع القلق بالطعام، وقد كشفت الدراسات عن أن (62- 65٪) من حالات السمنة لا ترتبط بأي سبب عضوي وإنما هي ذات مصدر نفسي بحت.
6- أثبت علماء التحليل النفسي أن هناك دوافع لا شعورية قوية تدفع الإنسان لتناول المزيد من الطعام في حالات الاكتئاب والضيق، وقد يحدث عكس ذلك، أما (أنا فرويد) فتربط بين الشراهة في الأكل وأسلوب التنشئة الاجتماعية.
7- قد يكون نكوصا للمرحلة الفمية بجانب دوافع نفسية أخرى (بطرس، 2007).
8- الإكثار من الطعام كمصدر للرضا النفسي.
9- الإفراط المتعلم في الأكل وذلك بتقليد الكبار، أو حتى يرضوا آبائهم.
10- قد تكون البدانة وسيلة لحماية الذات.
11- صراعات القوى والخلافات مع الأهل حول الطعام.

12- إرغام الطفل على تناول الطعام.

العلاج:

1- جنب الطفل تناول المأكولات التي تسبب البدانة.

2- كافئ الطفل عندما يقوم بنشاطات هادفة.

3- تأكد أنه لا يوجد سبب عضوي لقلة الأكل، لذا يجب علاج النواحي الجسمية أولا.

4- لا تكره الطفل وتجبره على الأكل باستخدام التهديد.

5- تجنب الصراعات والجادلات في أوقات الطعام، حل الصراعات الأسرية وأشعار الطفل بالأمان.

6- اجعل الأكل ذا أهمية وذلك بتقديمه بعد الجوع وبوجود الشهية له.

7- إشراك الطفل في انتقاء الطعام، عدم إرغامه على تناول الطعام.
(القاسم وآخرون، 2000)

8- تدعيم عادات التغذية الحسنة.

9- تقديم الطعام الجيد كما ونوعا وإتاحة الفرصة للطفل لتناول طعامه مع الأطفال الآخرين (العناني، 2005).

ومن عادات التغذية والتي تؤدي لقلق الآباء:

1- فقدان الشهية عند الطفل أو الشره في الأكل.

2- امتناع الطفل عن تناول بعض الأطعمة وإقباله على أطعمة أخرى.

3- القيء المتكرر.

❖❖اضطرابات النطق لدى الأطفال

✱ **اللعثمة (التأتأة):** اللعثمة في التحدث بتقطع غير طوعي أو احتباس في النطق، ترافقه عادة، إعادة متشنجة أو إطالة للمخارج الصوتية.

* **اللجلجة:**

حالة معقدة تتميز بعدم الطلاقة في النطق بشكل حـاد بما في ذلك تكرار الأصوات الفردية ومقـاطع الكلمـات، والكلمـات أجـزاء الجمـل، والإطالـة في إخراج الأحداث والتردد في إخراجها.

❖ **الخمخمة:** هي إخراج الكلام من الأنف حين النطق (عبيد، 2000).

قد يلجأ الطفل إلى اللعثمة أو اللجلجة كمظهر للنكوص، وعادة مـا يلجـأ إلى النكوص إذا كانت حياته الحاضرة غير سارة، كذلك قد يلجـأ الطفـل اليـهما كأسلوب من الأساليب اللاشعورية التي تهدف إلى الهروب من الواقع، وتعتـبران إحدى صور النكوص.

أسباب تأخر الطفل في الكلام:

1- تعرض الأم لانفعالات نفسية نتيجة لظـروف بيئيـة أثنـاء الحمـل أو إصابتـها بأمراض معينة أثناء الحمل واضطرابها نفسيا، الأمر الذي يؤدي إلى عدم سير الحمل بصورة طبيعية فيتأثر الطفل نفسيا.

2- إصابة الطفل بالأمراض العضويـة المختلفـة ولا سيما في السـنوات الخمـس الأولى من حياته حيـث أن هـذه الأمـراض تؤثـر علـى المركـز الكلامـي في الدماغ.

3- تعرض الطفل لارتفاع في درجة الحرارة في سـنواته الأولى، وإصابتـه بـنزلات معوية حادة.

4- تعرض الطفل لسوء المعاملة والتفكك الأسري.

5- الخوف: قد يكون مكبوتا في اللاشعور بحيث يؤثر على سلوك الطفـل وعلـى كلامه، ويكون هذا الخوف بعيدا عن ذاكرة الطفل.

6- الضغط والتوتر والصراع.

7- الصرعات النفسية الشديدة كفقدان عزيز.

8- استخدام الطفل هذا الأسلوب لا شعوريا لجذب انتباه الآخرين.

نصائح للآباء:

1- عرضه على الطبيب لمعرفة السبب ووضع العلاج.

2- إشباع حاجة الطفل إلى الحب وإشعاره بقيمته وأهمية وجوده في الأسرة، وعدم إهماله بأية صورة، أو توجيه كل الاهتمام للطفل الأصغر.

3- البعد عن الأساليب النفسية العنيفة في معاملة الأطفال، لأن القسوة قد تخلق الخوف في نفس الطفل وهذا يدفعه للعثمة.

4- إذا كان في الأسرة طفل يتلعثم فيجب عدم الضغط عليه عندما يضطرب كلامه، فكثيرا من الآباء يضغطون على الطفل لكي ينطقوا نطقا سليما وكلما زاد الضغط زاد خوفه من الكلام.

5- يجب على الآباء ألا يتكلموا عن مشكلة الطفل الذي يتلعثهم في وجود الأقارب والضيوف خاصة بوجوده لأن ذلك يثير حساسيته.

6- من المهم أن تجنب الطفل المخاوف، وان تجعل حياته مطمئنة فهذا يساعده على التخلص من اللعثمة.

7- يجب تدعيم وتعزيز الطفل باستمرار من خلال تشجيعه على الكلام في مختلف المواقف دون ضغط، حتى تزيد ثقته بنفسه.

8- حل مشكلات الأسرة. (كيال، 1993)

❖اللزمات أو التقلص اللاإرادي في العضلات (Tics)

اللزمات هي أية حركات جسمية فجائية، متكررة ليس لها هدف، حيث تتحرك العضلات بشكل قهري، لا إرادي ومتواصل، وأكثر هذه الحركات تكرارا بعد رمش العين هي حركات الوجه والرقبة والكتف، وقد يتلوى أو يتحرك الرأس والرقبة والرغبة فجأة في اتجاه واحد.

أما اللزمات اللفظية فهي أصوات متكررة، أحيانا يشار إلى العبارات المتكررة مثل (أنت تعرف) على أنها لازمات، وتختلف اللازمات العصبية عن المشكلات الناتجة عن أسباب عضوية مثل التشنج والرجفة، فهي تحدث بشكل متكرر قد تصل إلى مئات المرات.

والأطفال الذين يعانون من اللزمات غالبا ما يكونون قلقين، واعين لذواتهم وحساسين، وسريعي الاهتياج، وشديدي الاعتماد على الآخرين.

ويعاني (1٪) تقريبا من مجموع السكان من اللازمات التي تشمل رمش العينين، والتكشير، ودفع اللسان، أو الطقطقة، والسعال، واهتزاز الرأس أو الفم أو الوجنتين أو الكتفين، وتبدأ اللازمة عادة ما بين سن (4-12) سنة، وتستمر بمعدل أربع سنوات قبل البحث عن مساعدة الأخصائيين.

أسباب اللزمات:

1- سلوك الأبوين وتقليدهما.

2- ردة فعل للصدمة.

3- صراعات غير محلولة.

4- أساب عضوية.

طرق الوقاية:

1- شجع التعبير عن المشاعر والشعور بالثقة.

2- خفض التوتر.

3- لا تبالغ في ردود فعلك للزمات.

علاج اللزمات:

1- كافئ وتجاهل، تجاهل اللازمات وكافئ الأطفال إذا قضى فترة زمنية دون أن يقوم باللزمات.

2- علم السيطرة على القلق، تعليم الأطفال كيف يسيطرون على قلقهم وكيف

يسترخون ويشعرون بالهدوء بشكل عام.

3- مراقبة الذات، إشراك الأطفال في تعلم كيفية السيطرة على أنفسهم، ومراقبة الذات لتقليل اللازمات.

4- مارس اللازمة، الممارسة المكثفة غالبا ما تؤدي إلى اختفاء اللازمات.

5- عكس العادة وهي شكل من أشكال التصحيح الزائد، حيث تتلخص في أن يعلم الأطفال ممارسة عادة تنافس العادة بشكل مباشر، على أن تجعل الاستجابات المنافسة الشخص أكثر وعيا بالعادة (شيفر وميلمان، 2000).

١٠

الفصل العاشر

أساليب معالجة الاضطرابات النفسية والتغلب على الضغوط



أساليب معالجة الاضطرابات النفسية والتغلب على الضغوط

تتنوع طرق الأساليب المستخدمة في معالجة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية واضطرابات في السلوك ولا يمكننا الجزم بأفضلية إحدى الطرق عن الأخرى.

إن العلاج النفسي بمفهومه الواسع هو طريقة لعلاج الاضطرابات السلوكية، والنفسية العقلية، والجسدية النفسية، وتستخدم منها أساليب متعددة مثل العلاج النفسي، والعلاج الدوائي الكيماوي، والعقاقير، والعلاج الكهربائي، والعلاج الجراحي، والعلاج التأهيلي النفسي.

تعريف العلاج النفسي: ولقد اهتم المتخصصون من علماء النفس والصحة النفسية بمفهوم العلاج النفسي، فطوروا العديد من التعريفات التي من أبرزها تعريف ديفسون ونيل (Davisan and Neal, 1994) الذي يعرف العلاج النفسي بأنه عملية تفاعل اجتماعي، يحاول فيها فرد مهني مدرب مساعدة المريض على التفكير والشعور والسلوك بطريقة سوية تحقق الرضا الحياتي.

أيضاً يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض، وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج، وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشاكله الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو

النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل. (غيث، 2006)

ويشير جارلس وورث وناثان بأن (75٪) من المرضى المراجعين للأطباء يشكون أمراضا ناتجة عن الضغوط، وتنحصر تلك الأعراض في القلق، الشعور بالذنب والخوف، والاكتئاب والخوف من المستقبل، العدوانية الزائدة تجاه الآخرين، اليأس والانطواء والانسحاب، فقدان الثقة بالنفس، إضافة إلى المشكلات النفسجسمية. (www.annabaa.org).

علاج الضغط:

ان معالجة الضغوط لا يعني التخلص منها أو تجنبها أو استبعادها من حياتنا، فوجود الضغوط في حياتنا امر طبيعي، ووجودها لا يعني اننا مرضى، بقدر اننا نعيش ونتفاعل مع الحياة ونحقق طموحاتنا، فعلاج الضغوط إنما يتم بالتعايش الايجابي معها ومعالجة نتائجها السلبية.

انها تعني ان نتعلم ونتقن بعض الطرق التي تساعدنا في التفاعل مع هذه الضغوط والتقليل من اثارها السلبية (عثمان، 2002).

ويؤكد عدد كبير من المتخصصين والمعالجين النفسيين إلى التأكيد على أن نجاح أي طريقة أو أسلوب علاجي يعتمد على أربعة عوامل أساسية هي: شخصية المريض، وتعامل المعالج، وأسلوب العلاج، وطبيعة الاضطراب. (الدليم، 2004)

وتهدف أساليب العلاج النفسية إلى تعديل الافتراضات الأساسية للفرد وإكسابه المهارات النمائية الملائمة، أما العلاج الاجتماعي فيهدف إلى تحوير الشرائط الاجتماعية المحيطة وتخفيف حدة الضغوط النازلة بالفرد. (أسعد، 1986)

فن ومهارات العلاج النفسي: العلاج النفسي في جوهره هو مرور الذات بخبرة تعليمية أو انفعالية تجعل الفرد يزيد من مهاراته، أو يعدل من أساليب الاستجابة لديه، مما يؤدي إلى زيادة التكيف مع المجتمع وزيادة الوعي

والاستبصار.

وتؤكد أغلب مدارس العلاج النفسي تقريباً على أهمية العلاقة بين المعالج والمريض، وضرورة حدوث التجاوب بين الطرفين.

فالتجاوب الانفعالي بين المعالج والمريض أمر هام لأنه يمكن المعالج من اكتشاف الجوانب الحقيقية والحساسة في شخصية المريض، والكشف عن مصادر الصراع الكامنة والعملية القابعة خلف الأقنعة والدفاعات النفسية الكامنة في ظلام اللاشعور.

وتختلف أهمية العلاقة بين المعالج والمريض من مدرسة إلى أخرى تبعاً لأسلوب العلاج وأهدافه في كل مدرسة.

والعلاج النفسي التقليدي .. يعتبر مهنة يحذر ممارستها إلا على من تلقى قدراً كبيراً من التعليم الأكاديمي... والمران ... والتجريب العملي في هذا المجال.

والعلاج النفسي هو العلاج الذي تستخدم فيه مهارات وفنيات كثيرة، من أهمها الكلمة، فالكلمة أسرع وقد تكون أقوى من الدواء، وكل نوع من العلاج النفسي يهدف إلى تحقيقه أو إزالته الأعراض بالطريقة التي يعتقد في جدواها.

الآلية المعرفية لتفسير الضغوط النفسية: الضغوط ذات علاقة كبيرة بعقلك (ما تدركه، وتعتقده، وتصدقه) أكثر من جسدك (كيفية استجابتك البدنية)، واستجابة جسدك للضغط تبدأ من مخك وعقلك، لذلك فإن اساس إدارة الضغط بنجاح وفعالية يجب أن يبدأ بما تفكر فيه وتعتقده.

وقد أثبتت الدراسات أن العقل يستجيب لما هو متخيل بنفس الطريقة التي يستجيب بها لما هو حقيقي....وهذا يعني أن مفهومك عن الحقيقة لا يقل أهمية عن الحقيقة ذاتها.

إذا كنت تعتقد أنك في خطر (حتى ولو كنت في موقف بالغ الأمان) فإن عقلك سيرسل إلى جسمك إشارات الخطر.

وحين تعتقد أنه لا قيمة لك (حتى ولو كنت رئيس مجلس إدارة لإحدى الشركات الكبرى) فإن عقلك سيتصرف على هذا الأساس.. أنه لا قيمة لك.

(www.najahteam.com)

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية والتقليل من حدتها:

لقد اهتم الباحثين في الآونة الأخيرة بدراسة المواقف الضاغطة، والأزمات التي تسببها أخطاء الحياة اليومية، وكيفية التوافق النفسي الإجتماعي معا، وأشار رودلف موس (Roodolf Moos) إلى نوعين من الاستراتيجيات الاستيعابية التي يوظفها الأفراد للتعامل مع حوادث الحياة اليومية، وفي مواجهة الانعكاسات النفسية السالبة التي تحدثها أخطاء الحياة اليومية، وتتكون الاستراتيجيات الاستيعابية من مجموعة من أساليب التوافق النفسي والإجتماعي حتى لا يقع فريسة للاضطرابات النفسية، وللاستراتيجيات الاستيعابية الإقدامية والإحجامية جانبان هما المعرفي والسلوكي (علي، 2001).

وعلى الرغم من الأثار السلبية للضغط من الناحية النفسية والإجتماعية والجسمية، وعلى علاقة الإنسان ببيئته، وطرق تعامله مع الآخرين، إلا أنه يمكن مواجهة الضغوط من خلال برامج تعد خصيصا لذلك (الرواشدة، 2006).

إن التعامل مع الضغوط النفسية يحتاج من الأباء القيام باستراتيجية أو استراتيجيات تمثل مجموعة من التكنيكات لتوجيه أهدافهم وتحقيقها نحو خفض الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة.

ويقصد بإستراتيجية مواجهة الضغوط من ناحية الفرد تلك الجهود الصريحة التي يقوم بها لكي يسيطر على أو يحد من أو يدير أو يتحمل مسببات الضغوط التي تفوق طاقته الشخصية، أما من ناحية المنظمة فتتمثل في مجموعة القرارات التي تتخذها الإدارة للسيطرة على مسببات الضغوط والتخفيف من أثارها الضارة على كل من الأفراد والمنظمة (معروف، 2001).

بالرغم من أننا قد لا نشعر بالارتياح لبعض الضغوط النفسية، إلا أننا نسعى شئنا أم أبينا للتكيف معها، وعملية التكيف هذه تدفعنا للتفكير والبحث عن الحلول، مما يجعلنا نتخذ القرارات المناسبة حيال هذه الضغوط، ونقوم بالأدوار الفاعلة للتخلص منها أو التكيف معها. وعندما تنجح عملية التكيف إما بالتخلص من الضغوط أو التعايش معها، فإنها تخلق لدينا وعياً جديداً، ورؤى مثيرة في الحياة تجعلنا أكثر قدرة على التكيف في المستقبل وأكثر مقاومة للضغوط النفسية.

فما ينبغي عمله حقيقة هو تعلم كيفية التعايش مع الضغوط النفسية وإدارتها بشكل صحيح وليس محاولة استبعادها بالكلية، لأن الحياة بدون قدر بسيط من الضغط النفسي تصبح باهتة مملة تدعو للكآبة والهموم، وفي المقابل فإن الضغوط النفسية الزائدة عن الحد تجعل الفرد يشعر بالقيود والإجهاد الذي يدعو للقلق والتوتر، لذلك لا مناص من أن يجد الفرد له سبيلاً للقبول ببعض الضغوط النفسية المتوازنة (www.najahteam.com).

وأكدت الجمعية الوطنية للصحة العقلية أن هناك أكثر من (19) مليون أميركي سنوياً يعانون من مضاعفات الضغط والتوتر اللذان يعيشونها، وذلك على شكل حالات من التوتر الشديد والتي هي أشبه الحالات التي يختبرها المرء أثناء الحروب أو الكوارث الطبيعية، ذلك إن الحفاظ على السلامة الذهنية هي أمر حاسم في حياة الإنسان، حيث يؤكد سنيثيا وينسكوت رئيس الجمعية الوطنية للسلامة العقلية في بيان أصدرته الجمعية " أن الكثير من الناس لا يدركون حجم الضرر الذي يلحقه الضغط والتوتر على حياتهم أو أن سلامتهم الذهنية هي عنصر أساسي في صحتهم الجسدية بشكل عام"، ويضيف "إن العناية بالسلامة الذهنية والجسدية في آن معاً له آثاره الإيجابية ليس فقط على الحالة النفسية للإنسان وحسب بل إنه يجعل المرء يعيش حياة أسعد وأفضل من الناحية الصحية، كما أنها تزيد من إنتاجية الإنسان" (www.kenanaonline.com).

أشارت نتائج دراسة منظمة التأمين الصحي العلمي جامعة منستر في ألمانيا الاتحادية بأن (70٪) من الأطفال في المدرسة الإبتدائية يعانون من أعراض الضغط النفسي الزائد.

إنهم دائماً تحت ضغط القدرات والإمتحانات والإنجاز في المدرسة، إضافة لتراكم الأعمال لديهم في المساء فهم دائماً تحت ضغط الوقت، وبالتالي ليس لديهم دائماً وقت كافي للعب.

ونتيجة تعليم الأطفال كيفية التغلب على هذه الضغوط صرَّح أكثر من (70٪) من الأهل أن أطفالهم أصبحوا أقل توتراً واستطاعوا أن يتعاملوا مع هذه الضغوط بشكل أفضل (طنجور، 2001).

تعريف إدارة الضغوط:

يمكن تعريف إدارة الضغوط بناء على أسباب الضغوط بأنها تحديد وتحليل المشكلات المرتبطة بالضغوط وتطبيق عدد من الأدوات العلاجية لتغتير إما مصدر الضغوط أو تجربة الضغوط، ويتضمن ذلك ما يلي:

1. تغييرات في بعض مصادر الضغوط: ويتعلق ذلك بالتغيرات التنظيمة (مع الاعتراف بمحدودية قدرة الفرد على هذا التغير، ولذلك فإن الجانب الإخير من هذا التغيير يجب ان يقع على عاتق المنظمة).
2. تغيرات في الشخص الواقع تحت الضغوط: ويتناول التغير الخصائص الذاتية للفرد.
3. تغيرات في التفاعل بين الفرد والبيئة بكافة مفرداتها (تجربة الضغوط): ويقصد به تغيير التفاعل بين الفرد وبيئته أما تغير تجربة الضغوط.

والمسؤولية الكبرى إذن تقع على الإنسان في إدارة الضغوط (معروف 2001).

ويؤكد الباحثين على مسؤولية الإنسان عن إدارة ضغوطه، ومن ذلك نتذكر مصادر الضغوط حتى يمكن تقسيم إدارة هذه المسببات باستخدام استراتجيات مناسبة لكل منها.

مصادر الضغوط:

1. **التنظيمة**: عدد من الاستراتيجيات تقوم بها المنظمة متمثلة في إدارتها.
2. **الذاتية**: عدد من الاستراتيجيات يتبع الفرد بعضها منفردا أو مجتمعا.
3. **العلاقات ما بين الأشخاص**: عدد من الاستراتيجيات تدور حول تنمية الفرد لمهارات التعامل الايجابي لديه (معروف، 2001).

يمكن أن نجمل طريقة التعامل مع الضغوط النفسية في الآتي:

1- حدد الموقف الضاغط بالنسبة لك.

2- انظر إلى أفكارك السلبية، وحولها إلى أفكار إيجابية.

3- ميز بين المشكلات وقسمها إلى: دائرة الهموم ودائرة التأثير.

4- واجه الحدث الضاغط ولا تهرب منه.

5- تعلم الاسترخاء والتأمل.

6- كن مستعينا بالله تعالى في كل خطوة. (www.najahteam.com).

فعملية إدارة الضغوط عملية شخصية بالدرجة الأولى.

فنيات إدارة الضغوط:

أولا: الفنيات الفسيولوجية في إدارة الضغوط.

1- **التأمل**: ويعني التأمل أن يجلس الفرد في مكان هادئ بعيدا عن مصادر الانزعاج والضوضاء لمدة تتراوح من (10-12) ثانية، ثم يغمض عينه ويتنفس بعمق وبانتظام مع تركيز الاهتمام على كل جزء من الجسم، ويرخي جميع عضلاته ويطرح مشاكله وهمومه جانبا، ويركز على كلمة أو جملة يكون

مقبولاً لديه بحيث يساعده على الاسترخاء، ويكرر الجملة أو المقطع لفترة محدودة من الثواني، وذلك لتعميق الشعور بالاسترخاء، ويستمر في ممارسة هذه العملية مرة أو مرتين يومياً، فالتأمل يساعد على الاسترخاء والتعامل مع الضغوط بتهدئة العقل من خلال التأمل مع الاسترخاء.

ويعتبر التنفس العميق هام وضروري في التدريب على التأمل، فالتنفس العميق يعمل على استعادة الفرد للسيطرة على جسمه ويخفض من الشعور بالقلق والتوتر ويزيد الاسترخاء لديه (حسين وحسين، 2006).

خطوات التنفس العميق:

1- استلقي على سطح مستوي.

2- ضع أحد يديك على بطنك، أعلى سرتك بقليل.

3- ضع اليد الأخرى على صدرك.

4- تنفس ببطء وحاول أن تجعل بطنك ترتفع قليلاً.

5- أحبس أنفاسك لمدة ثانية واحدة.

6- تنفس ببطء جاعلاً الهواء يخرج إلى الخارج واجعل بطنك ترفع إلى مكانها الطبيعي. (بطرس، 2007).

2- **التمرينات الجسمية.** تعتبر التمرينات الجسمية من الفنيات الهامة التي تستخدم في إدارة الضغوط أيضاً، حيث أنها تعمل على خفض آثار الضغوط على المستوى الفسيولوجي وتقلل من درجة الشعور بالقلق والاكتئاب الناتجة عن المواقف الضاغطة.

إن التمارين الرياضية الجسدية جيدة لعقلك بمقدار ما هي جيدة لجسمك، الرياضة تحسن المزاج، وتفتت الضغط النفسي، وتحارب الاكتئاب، وتطور صحتك الجسدية، فإن الرياضة سوف تزيد طاقتك وقوتك وحيويتك، ومع تحسن جسمك، فإن صورتك الذاتية تتحسن هي الأخرى، وإن تعلمك كيفية السيطرة عل جسمك سوف يزيد إحساسك بكونك سيد نفسك، وبالتالي تزيد ثقتك

بنفسك أيضاً وفضلاً عن ذلك فإن التمارين والألعاب الرياضية تزودك بالكثير من الفرص لاكتساب أصدقاء وبناء شبكات تعارف. (www.balagh.com).

والتمرن طريقة جيدة للتعامل مع الضغط النفسي لأنها طريقة صحية للتخلص من الطاقة المكبوتة والتوتر، وهي أيضاً تساعدك في الحصول على قوام أفضل يجعلك تشعر بالتحسن عموماً. (http://elssafa.com)

إذن تعد ممارسة أنشطة التربية البدنية والرياضية من أهم العوامل التي تستخدم لمقاومة ومعالجة الضغوط النفسية، كما أنها وسيلة للاسترخاء، وخاصة الأنشطة البدنية الأكسجينية مثل المشي والسباحة، ركوب الدراجات، حيث أنها تقلل من درجة القلق والحزن والهبوط والشد العضلي والتوتر. (www.keuvait.3sl.com)

كذلك تمرينات الايروبيك تخفض سرعة ضربات القلب عقب التعرض للضغوط، وتعمل على خفض ضغط الدم الذي من خلاله ينخفض انتاج الادرينالين، كما أن لهذه التمارين تأثيراً ايجابياً على جهاز المناعة في الجسم فتقوى القلب والرئتين واستنشاق المزيد من الاكسجين، ووصوله إلى جميع أعضاء الجسم، فضلاً على أنها تساعد على النوم الهادئ، وتخفض من مستوى العدوانية والاكتئاب لدى الأفراد، كذلك تحسن من قدرة الفرد على التركيز والتذكر، وتحسن مصادر المواجهة لدى الفرد وتحسن القدرة على حل المشاكل والقدرات المعرفية لدى الفرد.

أيضاً المشاركة في الانشطة والتمرينات الجسمية تسهل من التفاعل الاجتماعي بين الأفراد وتوفر المساندة الاجتماعية لهم في أوقات الضغوط، أيضاً تعد مجالاً مناسباً لتفريغ كل ما تسببه الاحداث الضاغطة في قلق وتوتر للفرد.

وتعد اليوجا من أقدم التمرينات التي تساعد الفرد على التحكم في جسمه وعقله فهي نسق متكامل يؤثر على النواحي الجسمية والنفسية وتساعد على خفض الاثار الفسيولوجية والجسمية الناتجة عن الضغوط (حسين وحسين، 2006).

إذن الهدف الأساسي من الرياضة تخفيف القلق والتوتر والضغط النفسي وذلك للوصول إلى عملية تكيف أجهزة الجسم المختلفة وتأقلمها مع الطب

البدني العصبي الواقع على الرياضي (http://baghdadid jelloul.malthobblog.com)

وفيما يلي عرض لبعض الفوائد النفسية لرياضية المشي:

1- يساعد المشي على التخلص من الأرق.
2- يمثل المشي أحد العوامل الرئيسية في الحياة المتحررة من ضغوط العمل وضغوط الحياة بشكل عام.
3- يحسن مفهوم الإنسان عن ذاته.
4- يزيد من مستوى تقدير الذات لدى الإنسان.
5- يخلص الإنسان من الهموم الكثيرة والضغوط النفسية.

(www.kuwait.3sL.com).

3- **التغذية**: تعتبر التغذية فنية فعالة في إدارة الضغوط فهي تزيد من المصادر التي يستند إليها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة، فالجسم القوي يتوافق بشكل أفضل مع المواقف الضاغطة ويتحقق الجسم القوي بالغذاء، ويتضمن الدعم الغذائي ضرورة أن تكون الجرعة التي يتناولها الفرد من المواد الغذائية وخاصة البروتينات والماغنسيوم والبوتاسيوم والفسفور مع فيتامين (ب) المركب كافية في اوقات الضغوط، فالنظام الغذائي المتوازن يزيد من مقاومة الفرد للضغوط.

حيث أن الجسم عند الاستجابة للمواقف الضاغطة (المواجهة أو الهروب) يستهلك مقداراً كبيراً من المواد الكربوهيدراتية والدهون والبروتينات، وكذلك فيتامين (ب) وفيتامين (ج)، ولهذا فإن وجود نقص معين من هذه الفيتامينات يرتبط بضعف الجهاز العصبي المركزي ويؤدي ذلك إلى الاكتئاب (حسين وحسين، 2006).

ثانياً: الفنيات السلوكية في إدارة الضغوط:

1. **التدريب على الاسترخاء**: يعتبر أسلوب الاسترخاء احد الفنيات الهامة التي

تستخدم في مواجهة الضغوط، وللاسترخاء فوائد فسيولوجية ونفسية عدة وتتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات، وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضاً يعمل على خفض معدل ضربات القلب واسترخاء العضلات وخفض التوتر.

وتعتبر التغذية الرجعية الحيوية وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء، والتغذية الرجعية عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقب ادائه لتوضيح صحة استجاباته أو خطئها، وبناء على ذلك قد يستمر الفرد أو يعدل من سلوكه أو يتوقف لأنه حقق هدفه (حسين، وحسين، 2006)

التنفس باسترخاء:

مع الممارسة يصبح بمقدورك التنفس بشكل عميق ومسترخ.

في البداية، مارس ذلك وانت مستلق على ظهرك، بينما ترتدي ملابس مرتخية على الخصر والبطن. وفور إعتيادك على التنفس بهذه الوضعية، تدرب على ممارسته وأنت جالس ومن ثم وأنت واقف.

- تمدّد على سرير على ظهرك.
- باعد بين قدميك قليلاً. أرح إحدى يديك على بطنك، قرب السرّة والأخرى على صدرك.
- إشهق من أنفك وازفر من فمك.
- ركّز على تنفسك لبضع دقائق بعد ذلك، حاول أن تعي أيّاً من يديك ترفع وتنخفض مع كل نفس.
- ازفر بلطف معظم الهواء الموجود في الرئتين.
- تنشق وأنت تعدّ ببطء حتى الأربعة، ما يعادل ثانية بين كل رقم، ومع التنشق بلطف، مدد بطنك قليلاً حتى يرتفع حوالي (1) إنش (ويجب أن تشعر بالحركة من خلال يديك). ولا ترفع كتفيك أو تحرّك صدرك أثناء ذلك.
- مع التنفس، تخيّل بأن الهواء الدافئ ينساب في جميع أجزاء جسدك.

- استرخ لثانية بعد التنشق.
- ازفر ببطء وأنت تعد حتى الأربعة، وأثناء الزفير ستشعر ببطنك ينخفض ببطء.
- أثناء خروج الهواء، تخيل بأن التوتر يخرج معه.
- استرح لثانية بعد الزفير.
- إن وجدت صعوبة في الشهيق والزفير حتى الأربعة، قصّر الوقت قليلاً ثم تدّرب تدريجياً حتى الأربعة.

وفي حال شعرت بدوران أبطئ من تنفسك أو اجعل نفسك اقل عمقاً.

- كرر التمرين:شهيق بطيء، استراحة من (5 إلى 10) مرات، ازفر تنشق ببطء: (1، 2، 3، 4).

ثم تابع بمفردك، وإن واجهت صعوبة في جعل تنفسك منتظماً، خذ نفساً أعمق بقليل، وأمسكه لثانية، ثم دعه يخرج ببطء عبر شفتيك المنفرجتين خلال عشر ثوان تقريباً. كرر هذه العملية مرة أو مرتين (www.bdr130.net)

2. **تعديل أسلوب الحياة**: يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيقها، كما يشمل أيضاً قدراته ودوافعه. فاسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد، واسلوب حياة الفرد ليس ثابتاً تماماً، بل يمكن تعديله وتطويره تبعاً لمتطلبات البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد؛ وعلى هذا فالاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته على مقاومتها.فمثلاً الذي يسرف في التدخين بهدف خفض ما يعانيه من القلق والتوتر الناتج عن الخبرات الضاغطة، وبما يكتشف أن ذلك لم يساعده على حل مشكلة بل ترتب على ذلك ظهور أمراض أو حرمان من النوم وانخفاض الأداء. وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد وعاداته فأصبح يمارس رياضة المشي والتقليل من المنبهات فإن ذلك يساعده في مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعال.

3. **الدعابة والمرح**: تمثل الدعابة والمرح مكونات هامة في حياة الفرد وسلوكه،

حيث تعمل الدعابة على التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية تعليم الأفراد كيفية استخدام الدعابة والضحك في أوقات الضغوط (حسين وحسين، 2006).

ولقد أوضحت الدراسات أن الأفراد الذين يكون لديهم مستويات عالية من الدعابة والتفاؤل يظهرون مقاومة قوية للاحتراق النفسي ويكونون أكثر سعيا نحو المساندة الاجتماعية واستخداما لاستراتيجيات المواجهة التعبيرية عندما يواجهون مواقف ضاغطة شديدة مقارنة بالأفراد الذين لا يميلون إلى الدعابة. والدعابة تستخدم كطريقة لتشتيت وصرف ذهن الفرد عن الأفكار والمواقف التي تثير القلق لديه، وكذلك وسيلة لبناء المساندة الاجتماعية والتشجيع على الانتماء خلال الأوقات الصعبة، وللتقليل من الشعور بالعزلة في أوقات الضغوط.

لقد ظهرت عدة دراسات حديثة أن هناك تغيرات فسيولوجية إيجابية تصاحب لجوء الإنسان إلى الفكاهة والضحك كأسلوب لمواجهة الأزمات والضغوط النفسية، فالضحك يعمل على خفض الشعور بالألم وكذلك خفض احتمالات التعرض لأمراض القلب من خلال توسيعة للشعب والشرايين المتصلة بالقلب، وزيادة وصول الأوكسجين إليها ، كما أنه يقوي الاستجابات المناعية، كما يعمل على شعور المرضى بتحسن الحال بشكل عام، كذلك تزيد لديهم القدرة على الفهم والتذكر. (www.Eslamonline.net)

لقد ظهرت عدة دراسات حديثة أن هناك تغيرات فسيولوجية إيجابية تصاحب لجوء الإنسان إلى الفكاهة والضحك كأسلوب لمواجهة الأزمات والضغوط النفسية، فالضحك يعمل على خفض الشعور بالألم وكذلك خفض احتمالات التعرض لأمراض القلب من خلال توسيعة للشعب والشرايين المتصلة بالقلب، وزيادة وصول الأوكسجين إليها ، كما أنه يقوي الاستجابات المناعية، كما يعمل على شعور المرضى بتحسن الحال بشكل عام، كذلك تزيد لديهم القدرة على الفهم والتذكر. (www.Eslamonline.net)

4. **التدريب على السلوك التوكيدي:** يعتبر التدريب على التوكيدية أحد الفنيات الرئيسية في إدارة الضغوط، والتوكيدية تعني القدرة على قول (لا) والقدرة على رفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة، وتتضمن القدرة على التعبير عن الأفكار والآراء وعدم الموافقة على الآراء الاخرى التي تتعارض مع الاراء الشخصية للفرد، والقدرة على بدء واستمرار وإنهاء المحادثات و التفاعلات الاجتماعية والقدرة على اتخاذ القرارات في مواقف الصراع.

والشخص غير التوكيدي هذا الشخص الذي لا يستطيع أن يعبر عن افكاره ومشاعره ويترك حقوقه ولا يطالب بها، ويسعى إلى إرضاء الآخرين على حساب ذاته ولا يستطيع أن يرد الانتقادات والإهانات التي توجه له من الآخرين، ويشعر بالخجل أثناء حديثه معهم، بينما الشخص التوكيدي هو الذي يكون لديه القدرة على المبادأة والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية، وأيضا لديه القدرة على تنظيم وفهم انفعالاته والتعبير عنها.

وفي ضوء ما تقدم فإن التدريب على اكتساب وتعلم مهارات التوكيدية يساعد الفرد على حل مشاكله بطريقة إيجابية وملائمة ويزيد من الثقة بالنفس، ويحسن من مفهوم الذات لديه ويساعده على تجنب الإحباط ومواجهة الضغوط البنيشخصية، ويعمل على خفض القلق والخوف الذي يستثار من المواقف الاجتماعية، ويساعد الفرد على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، فاكتوكيسية تساعد الفرد على أن يكون شجاعا وجريئا وواثقا من نفسه ولديه القدرة على مواجهة المواقف دون خوف أو قلق ودون خجل.

5. **التدريب على إدارة الوقت:** يهدف ذلك الاسلوب إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه واستثماره في كل ما هو مفيد، وتتفاوت الافراد في قدرتهم على التعامل مع الوقت، وذلك تبعا لاختلاف العمر والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي، ويحاول الافراد التحكم

في الوقت من خلال تقسيمه إلى أجزاء ومن ثم يوزعون المهام والأنشطة التي يقومون بها على أجزاء الوقت، ويقسم الوقت إلى عدة أنواع وهي أوقات العمل، وأوقات الفراغ، وأوقات النوم، والاستخدام الفعال للوقت يمثل عاملا حاسما للنجاح في العديد من المجالات المختلفة من الحياة، والتدريب على إدارة الوقت يؤدي إلى تحسن أداء الفرد.

ويمكن تدريب إدارة الوقت بأنها عملية يستطيع الفرد من خلالها إنجاز المهام والأهداف التي تمكنه من ان يصبح أكثر فاعلية في الحياة عبر أوقات محددة.

وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط، فمن خلال إدارة الوقت والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط، والتخطيط يعني النظر إلى المستقبل من خلال الحاضر، فمن خلال التخطيط يكون الفرد قادرا على إنجاز المهام والأنشطة التي يقوم بها، فالتخطيط الفعال يتضمن تحليل الوقت، وتحديد الهدف، وجدولة الانشطة والمهام وبناء خطة يومية يقوم الفرد بتنفيذها.

ولقد حدد ميشيل (Michelle, 1999) عدة مبادئ أو استراتيجيات فعالة في إدارة الوقت وهي الوعي بالذات، واستخدام الوقت بشكل ملائم، وتحديد الهدف، وزيادة الكفاءة الشخصية، وجدولة اوقات النشاط، وجدولة اوقات الاسترخاء، والأفراد الذين يصبحون اكثر فاعلية في استخدام اوقاتهم عندما يعرفون بشكل واضح ما يريدون القيام به من مهام وانشطة وما يحتاجون ان يفعلوه لأداء تلك المهام والمسؤوليات.

وتحديد مهارات التدريب على إدارة الوقت فيما يلي:

1. **تحليل الوقت**: ويعتبر أول خطوة فعالة في التدريب على إدارة الوقت، ولذا على الفرد أن يكون على وعي بأهمية الوقت وكيفية استخدامه واستثماره، فطريقة استخدام وتوظيف الوقت ذات أهمية كبيرة لذا يجب أن يكون لدى الفرد مفكرة يدون فيها الأنشطة التي يقوم بها خلال فترة زمنية محددة مع تحديد وقت كل نشاط أو مهمة يمكن القيام بها، لأن ذلك يساعد الفرد في التصرف مع المشكلات المرتبطة باستخدام الوقت ويشجع الأفراد على

مواجهة الواقع.

2. **تحديد الهدف:** يتضمن ذلك أن يقوم الفرد بتحديد أهدافه سواء كانت أهداف شخصية أو مهنية أو روحية أو أسرية أو اجتماعية والتي يتعين عليه أن يحققها عبر أوقات زمنية محددة، ومن المفيد ان يضع الفرد قائمة بـالأهداف الرئيسية لديه على أن تكون مكتوبة في ورقة.
3. **تحديد الأولويات:** وهي ضرورة ترتيب الأهداف وكذلك المهام والأنشطة التي يتعين على الفرد القيام بها وذلك طبقا لأهميتها، ويجب ان تصنف الأنشطة حسب درجة أهميتها، فهناك أنشطة هامة ملحة، وهناك أنشطة هامة وليست ملحة.... ويجب أن تتضمن الأوليات أنشطة متنوعة مثل الأنشطة الشخصية والأنشطة الروحية والأنشطة الأسرية وأنشطة الحياة الاجتماعية والقراءة والكتابة وفترات الاسترخاء. والنوم وأي شيء يرغب القيام به.
4. **جدول الأنشطة والمهام:** تعتبر من أكثر المهارات أهمية في إدارة الوقت، حيث تتمثل في استخدام الفرد جدول أو اجندة يدون فيها الأنشطة والمهام التي يقوم بها والأوقات التي يتم فيها إنجازها، على أن تكون مرتبه ومنظمة وتضم جميع المسؤوليات والمهام. ويجب أن يقسم اليوم إلى ثلاثة أجزاء وهي وقت الصباح، ووقت بعد الظهر ووقت المساء، ويحاول توزيع المهام في الثلاثة أجزاء.
5. **بناء عادات جديدة في الوقت:** يتعين عليهم التخلي عن العادات السيئة وتبني عادات جديدة من الوقت، فمثلا: يتم ذلك من خلال المشي المبكر في الصباح....

وتتكون استراتيجيات أو برامج التدريب على إدارة الوقت من فنيات مثل ضبط المثيرات وتحديد الأولويات ومراقبة الذات والتغذية الرجعية، كما تتكون برامج التدريب أيضا المحاضرات والمناقشات الجماعية.

إذن إدارة الوقت بشكل جيد يؤدي إلى خفض الضغوط وزيادة الرضا عن الاداء في العمل في حين ان نقص مهارات إدارة الوقت تؤدي إلى سوء استخدام الوقت وضياعه.

ثالثا: الفنيات المعرفية في إدارة الضغوط:

تسهم الفنيات العقلية المعرفية بدور هام في إدارة الضغوط، فالحدث الضاغط سواء كان موقفا او شيئا ما لا يسبب القلق والتوتر في ذاته، وانما الأفكار التي يكونها الفرد عن الموقف باعتباره يمثل تهديدا وضررا لحياته وتحديا لقدراته وإمكاناته هو السبب في حدوث الضغط النفسي، والتقييم المعرفي يمثل الخطوة الأساسية في اتخاذ الخطوات اللازمة لمواجهة المواقف الضاغطة، وتكمن أهمية ذلك في أن تبقى تغيير الأفكار والاعتقادات غير المنطقية وأحاديث الذات السلبية التي يكونها الفرد عن الموقف والحدث الضاغط يؤدي إلى تغيير استجاباته السلوكية والانفعالية تجاه الحدث الضاغط.

وتتضمن إدارة الضغوط عدة فنيات عقلية معرفية تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط وتفيده في مواجهة الأفكار السلبية التي تسبب الضغوط لديه، ومنها:

1. **إيقاف الأفكار:** هي من فنيات التدخل المعرفي السلوكي، وتستخدم في التخلص من الأفكار والاعتقادات السلبية لدى الفرد ولا بد من وقف الأفكار اللاعقلانية واستبعادها، على أن يحل محلها أفكار أكثر عقلانية حتى يستطيع الفرد ان يسلك بطريقة ملائمة.
2. **إدارة الذات:** هو أسلوب معرفي سلوكي يستخدم في خفض استجابات القلق الناتجة عن الموقف الضاغط، وهي ذات فائدة كبيرة في مساعدة الأفراد على إحداث تغيير في سلوكهم حيث يتم تعليمهم ملاحظة سلوكهم وصياغة الأهداف بوضوح وتقويم ما يتم من تقدم وإثابة للسلوك الموجه نحو الهدف، **وتتضمن هذه الفنية عدة مكونات أساسية وهي:**

- مراقة الذات: تستخدم في ملاحظة سلوك الفرد ومقدماته ونتائجه وأيضا العلاقات المتداخلة بين مقدمات السلوك ونتائجه، ومن اسهل خطوات مراقبة الذات أن يكون لدى الفرد سجل مراقبة الذات حيث يسجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها.

- تقيم الذات: ويتم ذلك عبر المقارنة بين سلوك الفرد وبين المعايير والاهداف التي وضعها لهذا الأداء أو السلوك وهل السلوك يحقق الهدف أم لا.
- التعزيز: تقديم التعزيز الايجابي للذات بعد ظهور الاستجابة المطلوبة أو عقاب الذات في حالة عدم ظهور الاستجابة المطلوبة.

3. **أحاديث الذات:** تقوم هذه الفنية على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه إزاء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة، فالأحاديث الذاتية الإيجابية تكون مفيدة في بناء الثقة بالذات ومواجهة الضغوط.

ويؤكد ميتسنبوم عن الدور الذي تسهم فيه أحاديث الذات السلبية في حدوث الضغط والاضطراب الانفعالي للفرد، فما يقوله الناس لانفسهم يحدد الاستجابات السلوكية التي يقومون بها، وأحاديث الذات السلبية تجعل الفرد يشعر بعدم الكفاءة والخوف عند تعرضه للمواقف الضاغطة، وتشجيع الفرد على تحدي ومواجهة الأحاديث الذاتية السلبية،وإعادة صياغتها بطريقة ايجابية تعتبر فنية مفيدة في إدارة الضغوط.

4. **إعادة الصياغة:** وتعني التركيز على التفكير الإيجابي وليس التفكير السلبي والتفكير في ضوء الرغبات والأفضل أن يكون تفكير الفرد مرتبطا بأهدافه، وهنا أيضا التركيز على المعنى والتفكير الإيجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل معه بينما التفكير السلبي للحدث يسبب العديد من الأعراض الانفعالية المزعجة للفرد ومن ثم يضطرب سلوكه.

5. **التخيل أو التصور البصري:** يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط، وغالبا ما يكون التخيل مقترنا بالاسترخاء، فمن خلال التخيل البصري يستطيع الفرد التدريب على الحدث الضاغط الذي يتوقع حدوثه.

التخيل البصري:

- دع الأفكار تنساب في ذهنك من دون التركيز على أي منها، أوح إلى نفسك

بأنك مسترخ وبأن يديك دافئتان (أو باردتان إن كنت تشعر بالحر) وثقيلتان وبأن قلبك ينبض بهدوء.

- فور إسترخائك، تخيل بأنك في مكانك المفضل أو أمام منظر أخاذ.
- بعد 5 إلى 10 دقائق، إسحب نفسك من هذه الحالة تدريجيا.

6. **حل المشكلات:** يشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدارك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولا إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصددها، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والاحداث الضاغطة، وتهدف إلى تنمية مهارات حل المشكلة لدى الأفراد حتى يمكنه التعامل مع المشكلات التي تعترض في حياتهم وإيجاد الحلول الملائمة لها.

وتتضمن هذه الفنية عدة خطوات وهي تتمثل في التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط، وجميع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقيم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، والتدريب على حل المشكلات ينطوي على أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعالية الذات وتوكيده لذاته مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في المواقف الضاغطة.

يمكن استخدام المحاضرات والمناقشات الجماعية وكذلك أسلوب العصف الذهني في التدريب على حل المشكلات، **وتتضمن جلسات التدريب على حل المشكلات في برامج إدارة الضغوط ما يلي:**

1. تدريب الأفراد على تحديد المشكلة أو الموقف تحديدا دقيقا وجمع المعلومات عنها وعن مصادرها وتحديد الصعوبات التي تحول دون حلها.
2. التدريب على وضع حلول مناسبة للمشكلة.
3. التدريب على استنباط الحلول البديلة للمشكلة.
4. التدريب على وضع محكات لتقويم الحلول البديلة.

5. التدريب على وضح الحل الأنسب موضع التنفيذ.

والتدريب على حل المشكلة يتضمن التعامل مع البدائل والخيارات الممكنة لحل المشكلة، وبذلك فإن التدريب على حل المشكلات يساعد الفرد في التغلب على المواقف الضاغطة أو المشكلة.

رابعا: الفنيات الوجودية والروحانية في إدارة الضغوط.

تتضمن الفنيات الوجودية والروحية في إدارة الضغوط ما يلي:-

1. **البحث عن معنى وهدف للحياة:** يسأل الإنسان أسئلة كثيرة وصعبة مثل هل هناك معنى وهدف للحياة وما هو؟ وهل الله موجود؟ هل هناك حياة بعد الموت؟... فإذا لم يستطيع الوصول إلى إجابات مقنعة عن تلك الأسئلة فإنه يكون عرضه للعصاب الوجودي، ولم يكن هو السبب الوحيد في ظهور العصاب، بل هناك عوامل أخرى تسهم في حدوثه مثل الافتقار إلى الإيمان بالله، إلى جانب كثرة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته.

لذا فإنه كلما سعى الفرد نحو إيجاد معنى وهدف لحياته فإن ذلك يخفف من الشعور بالضغوط لديه، فبدون أن تكون للحياة معنى او أهداف هامة في الحياة يسعى الفرد إلى بلوغها يكون الفرد بمثابة قشة في مهب الريح، ويؤكد علماء النظرية أن الإنسان كائن روحي اما البعد الروحي مكون هام وضروري في حياة الفرد ويتولد من خلال إحساسه بالأمل والمعنى والهدف من الحياة حتى الموت.

والروحانية ترتبط بشكل إيجابي بمركز الضبط الداخلي وتحسين مفهوم الذات وانخفاض مستوى التعصب والتوافق النفسي، كما ترتبط بشكل إيجابي بمواجهة ضواغط الحياة الرئيسة مثل مرض السرطان.

وتشير البحوث إلى أن هذه المفاهيم تعمل كمصد ضد الضغوط وإن استراتيجيات المواجهة الوجودية تكون مفيدة في التعامل مع الضغوط، حيث أن كثرة الضغوط تدفع الفرد إلى فقدان الإحساس بمعنى الحياة والإحساس بالهدف منها، ومن ثم يصبحون عرضة للاضطرابات النفسية.

ويرى بعض العلماء ان هناك مستويات مختلفة من المعنى في مواجهة الضغوط، فلقد ميز فولكمان ومسكويتز (Follkman and Moskowitz, 2000) بين نوعين من المعنى وهما المعنى الشامل والمعنى الموقفي.

يشير المعنى الموقفي إلى التقييمات المعرفية التي تصدر عن الفرد إزاء المواقف الضاغطة حيث أنها تساعد الفرد على تحديد أهمية الموقف في علاقته بأهداف واعتقادات وقيم الشخص، ولهذا المعنى الموقفي يساعد الفرد على اختيار إستراتيجية المواجهة للضغوط.

أما المعنى الشامل فهو يركز على المعنى العام والمجرد والذي يرتبط بالافتراحات الوجودية والاعتقادات وتوقعات الفرد عن الذات وعن العالم، ويؤكدان على أن المعنى يقوم بدور حاسم في سلوك المواجهة الفعالة وخصوصا المواجهة التي تدعم الوجدان الايجابي.

ويؤكد باتستا والموند (Battista and Almond, 1973) إلى انه لكي يكون لدى الفرد معنى في الحياة لا بد من الالتزام بشيء ما والاعتقاد ان هذا الشيء مطلوب وان المعنى في الحياة يظهر في عدة مصادر.

وحدد (Debats, 1999) ثمانية مصادر هامة للمعنى في الحياة وهي العلاقات، وحياة العمل، والخدمة، والسعادة الشخصية، وتحقيق الذات، والنواحي المادية، والمستقبل، والأمل.

2. **التفاؤل:** تساعد النظرية التفاؤلية في الحياة على تحديد الأهداف وتحقيق الذات والرضا عن الحياة، ويبدو الرضا عن الحياة في تقبل الفرد لذاته وللآخرين من حوله والتفاؤل بالمستقبل، أما النظرة التشاؤمية فهي تعمل على تكوين اتجاهات سلبية نحو الحياة وتدفع الأفراد إلى الهروب من المواقف والمشكلات وعدم مواجهتها بأساليب ملائمة.

ويعرف الأمل والتفاؤل بأنه أحداث ذات مرجعية مستقبلية تكون مرغوبة ولها تأثير إيجابي، ويدرك الفرد إمكانية حدوثها معرفيا.

أما بخصوص العلاقة بين التفاؤل ومواجهة الضغوط، تشير الأبحاث إلى أن الاتجاه التفاؤلي لدى الفرد يؤدي إلى تقييم معرفي أفضل للمواقف التي يتعرض لها، ومن ثم يكون أقل تعرضا للأعراض النفسية والجسمية ويتبنى الفرد الذي يتسم بالتفاؤل غالبا وسائل فعالة وناجحة في التعامل مع المواقف الضاغطة مثل استراتيجية حل المشكلة، وذلك بمقارنة الأفراد المتشائمين، ولهذا يعد التفاؤل أحد الوسائل الفعالة في مواجهة الضغوط، إذا إن مستوى التفاؤل لدى الأفراد يعد مؤشرا هاما في التنبؤ بالرضا عن الحياة وان الأفراد الذين يعانون مستوى مرتفع من الضغوط ينخفض مستوى الرضا عن الحياة لديهم، فالتعرض المستمر للضغوط النفسية يجعل الفرد ينظر إلى الحياة نظرة تشاؤمية في حين أن التفاؤل يساعد الفرد على النظرة الإيجابية للحياة والإقبال عليها، ومن ثم يستطيع التغلب على الصعاب والتعامل مع المواقف الضاغطة بفاعلية (حسين وحسين، 2006).

أما المبادئ المرشدة للمهارات والاستراتيجيات المستخدمة في مواجهة الضغوط بصفة عامة:

1. تتطلب إدارة الضغوط التوصل لبعض مهارات الحياة لإطلاق طاقة الإنسان نحو الأداء الأعلى والرضا الشخصي.
2. الإنسان أقدر الناس على رسم برنامج لإدارة ضغوطه فهو الذي يعرف ماذا ينجح معه، وما العمل الذي يكون على استعداد لأدائه.
3. ينبغي على الإنسان ملاحظة استجابة الضغوط التي تتمثل في رد فعل الجسم لتلك الضغوط والتي تكون بإرسال رسالة في شكل صراع مثلا لجذب انتباه الإنسان
4. يتضمن رسم أو تحديد برنامج لإدارة الضغوط التوصل لخيارات واعية حيث يجب أن يكون الإنسان مستعدا لمواجهة أنماط السلوك الآلية بشكل يتيح له أن يصبح واعيا بنتائج استجاباته (أي ان تكون استجاباته بناء على قرارات واعية) وان يتدرب على تهدئته والتقليل من إعطاء الإشارات لنفسه وجسمه بالاستجابة الانفعالية والعصبية المرتفعة بشكل مستمر ينهك آليات الجسم وقد

يودي بحياته.

5. إن جوهر إدارة الضغوط هو التوازن.
6. إن جسم الإنسان هو الحكم النهائي على أي برنامج يتبناه الإنسان لإدارة الضغوط فيجب أن يلاحظ حتى يكون عصبيا، مرهقا، جائعا، فرحا،.... وعليه أن يستجيب الاستجابة الملائمة لاحتياجات جسمه ونفسه قبل ان تصله رسالة أكثر إلحاحا قد تبدأ بالأنفلونزا وتنتهي بالسكتة القلبية (معروف، 2001).

اعتماد استراتيجيات سلبية:

الهروب: تجاهل المشكلة أو ادعاء عدم وجودها أصلا.

القلق: التفكير الدائم في المشاكل دون اتخاذ أي تدابير لتغييرها.

التردد: الانتقال وبعصبية من قرار إلى آخر هربا من الالتزام بمسار معين.

المماطلة: تأخير تأدية المهمات الرئيسية والقيام بأمور غير ضرورية.

البحث عن التسلية: القيام بأعمال سطحية بحثا عن التسلية وهروبا من الشعور بالاكتئاب.

التنفيس عن المشاعر: الغضب، النقد اللاذع الدموع، التوتر.

الانزواء: الانسحاب من النشاطات السطحية والمفيدة (عثمان، 2002).

أما أفضل الطرق التي يمكن إتباعها في علاج الاضطرابات النفسية فهي:

أولا: العلاج السلوكي:

يعتمد على نظرية التعلم، حيث يطلق بعض الباحثين على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك، حيث أنه يعتمد على مفاهيم النظريات السلوكية الخاصة بتشكيل اكتساب السلوك، حيث يعتبرون السلوك الانساني السوي منه والشاذ قابلا للتعلم، بمعنى أنه يمكن تشكيله وإكسابه للأفراد، وكذلك حده أو إطفائه، وينظرون إليه مباشرة دون البحث عن الأسباب التي أدت إلى

حدوثه، ويتعاملون معه وفقا لأهم قاعدة من قواعد تعديل السلوك وهي (أن السلوك محكوم بنتائجه).

ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي: الاستجابة الظاهرة التي يمكن ملاحظتها (التصرفات)، وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات.

وتعتمد أساليب العلاج السلوكي على إجراءات سلوكية يستطيع الأفراد تعلمها واستخدامها بأنفسهم من خلال عمليتي الإرشاد الفردي والجماعي، لتساعدهم على حل مشاكلهم الشخصية، والعاطفية، ومشاكل اتخاذ القرارات، وتتضمن هذه الإجراءات النشاطات والأعمال التي يمكن أن يقوم بها المرشد في محاولة لمساعدة المسترشد ليتعلم الأنماط السلوكية التي سوف تساعده على التغلب على المشكلات التي يعاني منها الفرد (طنوس، 1994).

خصائص الإطار النظري للعلاج السلوكي:

1- معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب متعلم ومكتسب.
2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف – من حيث المبادئ – عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
3- يكتسب السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطي نتيجة هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
4- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليها.
5- ينظر لمجموع الأعراض النفسية على أنها تجمع لعادات سلوكية خاطئة.
6- السلوك المرضي المتعلم يمكن تعديله إلى سلوك سوي. (غيث، 2006)

أما سبب انتشار هذا الأسلوب فقد عزاه كل من (كلازيو وبلون وأبتر) إلى أسباب منها:

1- إن الأسلوب السلوكي يعتبر عمليا إلى حد كبير لأنه يتعامل مع وسائل وقضايا ملموسة وملحوظة.

2- إن النظرية السلوكية تعتبر بسيطة وسهلة الفهم والتعلم.

3- ثبت سرعة فعالية بعض أساليب تعديل السلوك مع كثير من الأفراد ذوي المشاكل السلوكية.

4- إن تركيز الأسلوب السلوكي على الملاحظة ساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيا بنوعية مشاكل الطلاب وأكثر وعيا لقدراتهم الخاصة.

5- التركيز على المعززات الايجابية المديح والمكافآت لزيادة تكرار السلوك الايجابي.

6- إن المدرسين غير مدربين للكشف عن أسباب السلوك، كما أن اختصاصيي الصحة النفسية أنفسهم غالبا ما يجدون ذلك غامضا وصعبا، ولهذا فمن السهل على المدرسين أن يتعاملوا مع السلوك الملاحظ بطريقة مباشرة دون الخوض في المسببات.

7- إن المدرسين نادرا ما يكونون في وضع يمكنهم من معالجة الأسباب بصورة مباشرة، إلا أنهم قادرين على تعديل آثارها في نطاق الصف.

وإذا رغب المعلم في استخدام الأساليب السلوكية في معالجة وتعديل سلوك المضطربين سلوكيا، فعليه أن يكون دقيقا في ملاحظة سلوكهم، ودقيقا في تسجيل تلك الملاحظات. بمعنى أن يتوخى الأسلوب العلمي في الملاحظة أو التسجيل للسلوك والذي يتضمن مجموع خطوات، كتحديد الموقع الذي سيحدث فيه السلوك، ثم تسجيل المعلومات بشكل مرمز بحيث تسهل معالجتها، وتحديد الفترة الزمنية التي سيتم خلالها مراقبة السلوك، ومن ثم وضع الخط القاعدي للسلوك

بناء على الملاحظات التي جمعها، ثم تفريغ البيانات بشكل صحيح على الصفحة النفسية خلال مدة البرنامج. (القاسم وآخرون، 2000)

خطوات العلاج السلوكي:

يمر العلاج السلوكي في سلسلة من الخطوات المنظمة بالشكل التالي:

1- **تحديد المشكلة:** يتم تحديد السلوك الذي يعتبر مشكلة، ما السلوك المطلوب زيادة احتمال تكراره، أو ما السلوك المراد خفض احتمال تكراره؟ أو ما السلوك المراد تشكيله عند الفرد.

مثلا: قد تكون المشكلة ضعف مشاركة الطالب في الحصص الدراسية، وبالتالي سيكون الهدف زيادة معدل مشاركة الطالب في الحصص، أو قد تكون المشكلة خروج الطالب الزائد والمتكرر من المقعد، وهنا سيكون الهدف خفض النشاط وتقليل عدد مرات خروجه من مقعدة.

2- **تحديد الأولويات:** لا تظهر عادة المشكلة النفسية، في شكل مشكلة واحدة بمفردها، بل تظهر مرتبطة بمشكلات متعددة، فيمكن أن ترافق مشكلة تدني اعتبار الذات مشكلة انخفاض في التحصيل، وسوء توافق اجتماعي مع الزملاء في الصف، ومع ذلك يفضل أن يبدأ برنامج تعديل السلوك بمشكلة واحدة منفردة. وعند اختيار المشكلة التي يبدأ العمل على تعديلها تؤخذ بعين الاعتبار أولا المشكلة الملحة أو الخطيرة.

3- **تحديد الأهداف:** يكون ذلك بتحديد نوع السلوك المرغوب به، والظروف التي يحدث بها السلوك، والمعايير التي يحكم في ضوئها على أن التغيير قد حدث .

4- **قياس السلوك المستهدف:** وذلك قبل التدخل العلاجي وذلك لمعرفة مدى تكراره وشدته من ناحية، وللمساعدة على الحكم على فعالية العلاج السلوكي بعد انتهائه من ناحية أخرى.

5- **تحديد إجراءات التعديل:** كتحديد المعززات أو العقوبات التي ستوقع على الأفراد، وتحديد الشروط التي يتم فيها تقديم تلك المعززات.

6- **توضيح البرنامج للطالب أو الطفل:** توضيح نوع السلوك المطلوب، وما يترتب عليه من تعزيز ويمكن أن يتم ذلك في صورة عقد أو اتفاقية مكتوبة تبين ما هو المطلوبة من الطالب، وما الذي سيحصل.

7- **تنفيذ برنامج تعديل السلوك أو العلاج السلوكي:** متابعة قياس السلوك لملاحظة التغيرات التي تطرأ عليه بالمقارنة مع القياس السابق الذي أخذ قبل البدء بتنفيذ البرنامج وما يسمى بقياس خط الأساس.

8- **تقييم البرنامج أثناء تنفيذه:** بعد توقف الإجراءات، وذلك لملاحظة مدى حدوث التغيير واستمراره، وملاحظة أي آثار جانبية للبرنامج، وتعديل البرنامج في ضوء التقييم.

وينتهي العلاج عندما يتغير السلوك إلى الشكل المرغوب فيه (غيث، 2006).

أساليب العلاج السلوكي:

للعلاج السلوكي أساليب هامة نذكر منها ما يلي:

1- **أسلوب الكف المتبادل:** الهدف منه هو كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخل وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة، ويستفاد من أسلوب الكف المتبادل في علاج التبول اللاإرادي والناتج عن عوامل نفسية، وذلك عن طريق كف النوم حتى يحدث الاستيقاظ والتبولي، وكف البوال باكتساب عادة الاستيقاظ أي كف النوم بكف البوال. وكف البوال بكف البول بالتبادل. حيث يستخدم في هذا الأسلوب جهازا كهربائية يسمى (جهاز علاج البول) به جرس لايقاظ الطفل بحيث يكون الجرس في الفراش التي ينام عليها الطفل، ففي حالة تبوله على نفسه يدق الجرس ويوقظه من نومه.

2- **التعاقد السلوكي:** اتفاق ينص على مكافآت مقابل السلوك المرغوب فيه الذي يسلكه الطفل، فإذا نفذ شيئا يريده الأب أو المربي أن يفعله، فإن للطفل بعد

ذلك أن يقوم بعمل يرغب هو في القيام به، ويجب أن يكـون التعزيـز متكـررا وفوريا، على أن يكافأ في مقابل تنفيذ المطلوب.

إن الاتفاقيات الأولية واضحة وعادلة وممكنة التحقق ويجب الالـتزام بـها، كما أن السلوك غير المرغوب فيه لا يعزز إطلاقا، ويمكـن أن تحـدد الاتفاقيـة أيـة السلوكات الأفضل، أو إتمام مهمة محددة تؤدي إلى تعزيز. (العناني، 2005)

ويشترط مراعاة القواعد الأساسية التالية عند كتابة العقد وهي:

1. تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.
2. يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.
3. يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية.
4. يجب أن تعمل العقود على تحقيق السلوك المرغوب فيـه. (القاسـم وآخـرون، 2000)

3- **المهارات الاجتماعية:** تعرف المهارات الاجتماعية بأنها القـدرة علـى التفـاعل مع الآخرين في البيئة الاجتماعية بطرق مقبولـة اجتماعيـا أو ذات قيمـة، وفي الوقت نفسه تعد ذات فائدة للفرد ولـمن يتعـامل معـه وذات فـائدة للآخريـن عموما، ويتمثل التدريب على المهارات الاجتماعية أحد الأسـاليب العلاجيـة الفعالة للعديد من المشكلات السلوكية كالسلوك العدواني والغضب والخجل والشعور بالذات وغيرها.

وقد ساعدت البرامج السلوكية في مجال تنمية المـهارات الاجتماعيـة (مثـل تدريب الفرد على معرفة الظروف السـابقة للسـلوك ونتـائج السـلوك، وكذلـك استعمال النموذج الجيد وأسلوب الإرشاد والتوجيه) على تعليم الأفراد المهارات الاجتماعية التي يحتاجون لها في الحياة العملية والتي تسهل عليهم عمليـة التكيـف النفسي والاجتماعي.

4- **النمذجة والتقليد:** أكد ولترز على أهمية دور المحاكاة في اكتساب السلوك، كذلك أوضح بندورا أن الأطفال يقلدون سلوك الآخرين، لذا يجب أن يكون هناك نماذج للسلوك من قبل أشخاص يحترمونهم ويعجبون بهم أو أولئك الذين يتميز سلوكهم بالدفء والحنان.

إن السلوك النموذج المناسب والبسيط، يشجع الطفل على القيام بالاستجابة السلوكية الملائمة، **وذلك وفقا للآثار الايجابية الثلاثة التالية:**

1. **تأثير النموذج:** حيث يكتشف الطفل سلوكات يؤديها النموذج لم تكن معروفة له سابقا.
2. **تأثير المنع أو الكبح:** عندما يتم معاقبة النموذج على سلوك غير مرغوب فيه فإن الطفل قد يمتنع عن القيام بمثل هذا السلوك.
3. **تأثيرا الاستخراج:** يتم استخراج السلوك المماثل لسلوك النموذج من خبرات الطفل المخزونة. (القاسم وآخرون، 2000)

5- **تدريب الإطفاء (الإغفال):** يعمل المعالج على تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المقبولة عن طريق إغفالها وعدم لفت النظر إليها، وقد استخدم تدريب الإطفاء في علاج بعض الاضطرابات النفسية وبعض المشكلات النفسية عند الأطفال، فالطفل أحيانا يتبول على نفسه بسبب الغيرة من أخيه الأصغر ويؤدي ذلك إلى اهتمام والديه له، وهذا تعزيز بالنسبة له، أما إذا تبول مرة أخرى ولم يلقى تعزيز بالالتفات له، فإن ذلك السلوك سيمحى.

والإطفاء له أهمية في بعض الحالات، وفي حالات كالسلوك العدواني، أما السلوكات الخطرة، فالإطفاء غير مناسب. (العناني، 2005)

6- التخلص من الحساسية التدريجي (التحصين التدريجي) (تقليل الحساسية التدريجي):

يستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يكون فيها السلوك قد اكتسب مرتبطا بحادث منفر معين، كالخوف والاشمئزاز من الأشياء، ونجحت في علاج

حالات الخوف والذعر المبالغ فيه، كذلك الألم والاكتئاب (القاسم وآخرون، 2000).

التحصين ضد التوتر: هو أسلوب علاجي طور على يد (مايكنبوم) حيث يفترض هذا الأسلوب بأن القلق والتوتر عبارة عن فايروس وجرثومة لا بد من الوقاية منها من خلال التحصين، ويتضمن التحصين ضد التوتر مساعدة الأفراد على اكتساب مهارات سلوكية ومعرفية للتعامل مع الضغط النفسي والتوتر، وقد اثبتت فاعلية الأسلوب في علاج عدد من الأعراض الانفعالية الناتجة عن المواقف الضاغطة مثل الخوف والغضب والاندفاع والقلق.

ويشمل الأسلوب ما يسمى بإجراءات إعادة البناء المعرفي، من خلال اتباع الخطوات التالية:

1- توضيح مفهوم الضغط النفسي ومواقف الإزعاج والأفكار المرتبطة بها وردود الفعل السيكولوجية.

2- تدريب الأفراد على استخدام مهارات سلوكية ومعرفية داخل الخلية العلاجية لمساعدتهم في مواجهة الضغط الذي يتعرضون له.

3- دفع الأفراد لتطبيق إجراءات العلاج ومهاراته في المواقف العقلية (ضمرة، 2007).

أما خطوات التحصين ضد التوتر فهي كالتالي:

1- إعطاء المعلومات حول مواقف الضغط النفسي.

2- تمارين الاسترخاء.

3- إعادة البناء المعرفي.

4- حل المشكلات.

5- التدريبات السلوكية والنمذجة.

يستخدم التحصين التدريجي كالتالي:

أ. تدريب المريض على الاسترخاء الذي يؤدي إلى توقف كامل لكل الانقباضات

والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

ب. تحديد المواقف المثيرة للقلق مثل الخوف من الأماكن المرتفعة.

جـ. تدرج المنبهات المثيرة للقلق موقفا موقفا مع الاسترخاء. ويكون ذلك أن يقوم المعالج بوصف المواقف المثيرة للقلق في قائمة متدرجة، إذ نضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف على تلك القائمة، ويضع أقلها استثارة في أسفل القائمة.

د. التعرض لأقل المنبهات استثارة للقلق مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف أكثر فأكثر استثارة، ويكون ذلك عن طريق أن نطلب من الشخص تخيل نفسه في الموقف المثير للقلق. (العناني، 2005)

أما مايكنبوم فإن أسلوبه يمر بثلاث مراحل وهي:

1- **مرحلة إعطاء المعلومات:** يتم جمع بيانات ومعلومات حول مشكلة الفرد، ثم يتم زيادة وعي الفرد حول طرق تفكيره بالمواقف الضاغطة من حيث الأفكار الأيجابية والأنماط الانفعالية وتوضيح العلاقة الوظيفية بين تلك الأفكار والشعور بالتوتر والضغط النفسي.

2- **تقديم المهارة:** يرى أن من أهم الأسباب وراء عدم التكيف النفسي للفرد هو افتقاره للمهارات اللازمة للتعامل مع مواقف الضغط النفسي، لذا تقدم المهارات المناسبة للأفراد لمساعدتهم للتعامل مع الضغط النفسي والتوتر مثل الاسترخاء، وأساليب الضبط النفسي والعلاج المعرفي.

3- **تطبيق المهارات:** أي نقل اثر التعلم من بيئة العلاج إلى البيئة الفعلية التي يحدث فيها الضغط النفسي، ويتم توضيح المراحل التي يمر بها الأفراد الذين يواجهون مواقف الضغط النفسي وهي:

1- قبل الموقف (وما يتبعها من عبارات وتوقعات وانفعالات سلبية).

2- مواجهة المواقف (وما يرافقها من عبارات تعزز التوقعات السلبية السابقة).

3- أثناء لحظة الذروة في الموقف: وما تظهر فيها من عبارات الاستسلام ولوم

الذات والإحباط.

4- بعد الموقف: وما يتبعها من العبارات الهدامة للذات والإحباط والقلق والحزن وغيرها من الانفعالات السلبية (ضمرة 2008).

مثال توضيحي عن تقليل الحساسية التدريجي:

طفل يخاف من الكلاب بشكل مبالغ فيه، لذا فمن المناسب استخدام هذا الأسلوب، حيث حصر المثيرات (اسم كلب/ صور كلب/ دمية لكلب صغير/ دمية بحجم كلب/ صورة الكلب مع الدمية/ نتكلم عن الكلاب/ كلب حقيقي صغير وأليف ومدرب/ كلاب حقيقية بحجوم وأشكال مختلفة)، ويتم ترتيبها تصاعديا (أقل إثارة حتى أكثر إثارة) ثم تقديمها للطفل وهو مسترخ بشكل تام بدءا بالصور وانتهاء بالكلب الحقيقي.

تجدر الإشارة – بعد أن استعرضنا أساليب العلاج السلوكي- إلى أداء العلماء حول فاعلية العلاج السلوكي ومدى تأثيره في حصول الشفاء مقارنة بالاتجاهات الأخرى، فلقد تبين للعلماء أن منهج العلاج السلوكي يمتاز بقدرة الباحث على الضبط والتحكم في خطة العلاج، وأن بإمكانه إذا فشلت طريقته أن يجرب طرقا أخرى بديلة وفقا لما لديه من معلومات وخصائص وحقائق ثابتة، وكذلك يمتاز هذا الاتجاه باعتماده على تطبيق بعض المبادئ التجريبية الثابتة والمعترف بها، عدا أن المعالج يستطيع التحكم في كثافة وقوة المثيرات حسب الخطة العلاجية وحسبما تقتضيه حالة الفرد المعالج. (القاسم وآخرون، 2000)

7- **التعزيز:** إن التعزيز لا يحدث إلا إذا أدى المثير الذي حدث بعد السلوك إلى تقويته، وأنواع التعزيز كثيرة ومنها:

أ . **المعززات الإيجابية:** أسلوب لتقوية احتمال تكرار السلوك المرغوب فيه، وذلك عن طريق إثابة الفرد بكافة أشكال التعزيز المادية والمعنوية والرمزية مثل (الجوائز والهدايا) على أن تكون أشياء محببة للفرد، وتقدم له بعد قيامه بالسلوك المرغوب فيه، وعدم تأخيره حتى لا يفقد أهميته.

واستخدم سكنر هذا الأسلوب بنجاح في علاج حالات فقدان الشهية العصبي وحالات الانطواء والخمول، أيضا في حالات التخلف العقلي والفصاميين والمضطربين نفسيا.

أما عن التعزيز الرمزي فله شروط وهي:

1- أن لا تكون قابلة للتلف.

2- ألا تكون مؤذية للطفل كأن تكون صغيرة وقابلة للابتلاع.

3- أن لا تكون معززا بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي تستبدل به.

ب. **المعززات السلبية:** تعني إزالة شيء غير مرغوب فيه من بيئة الطفل مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه أي إزالة ما يزعج من الموقف، أو إزالة مثير غير مرغوب فيه، مثلا الصدمة الكهربائية عقاب، إزالتها تعزيز سلبي.

مثلا: يهدد الطالب إذا لم يتوقف عن اللعب سوف يلزمه بكتابة فقرة لن [ألعب في الصف، (1000) مرة في حالة أنه لم يتوقف عن اللعب] وهنا يكون:

- كتابة فقرة لن ألعب في الصف (1000) مرة، شيء غير مرغوب فيه.
- عدم اللعب في الصف هو السلوك التي يجب أن يتكرر .

جـ. **المعززات الأولية والثانوية:** تشير المعززات الأولية إلى المثيرات التي تؤدي بطبيعتها إلى تقوية السلوك، والمعززات الأولية قد تكون إيجابية كالطعام أو سلبية كالبرد والحر الشديد، أما المعززات الثانوية فهي تلك المعززات التي تكتسب خاصية التعزيز من اقترانها بالمعززات الأولية.

مثال: كوبونات التعزيز، وتأتي فعالية هذه الكوبونات عندما تصرف أو تعطى مقابلها أشياء ذات قيمة.

د . **التعزيز الاجتماعي:** أهم أنواع التعزيز، يشير إلى التشجيع اللفظي والمعنوي كالثناء والمدح والربت على الكتف والابتسام والانتباه والتقبيل. (ضمرة، ابو عميرة، وعشا، 2007)

8- **تعزيز السلوك المخالف:** يهدف هذا الأسلوب إلى جعل السلوك المرغوب في

خفضه ليس ذا أهمية لدى الطفل، وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماما وذلك للفت نظر الطفل إليه.

مثلا: لدينا طفل دائم البكاء وبصوت عال، فإذا رغبنا في تطبيق هذا الأسلوب فإننا ننتظر توقفه للحظة عن البكاء ونقوم بتعزيزه ونشعره أن التعزيز كان بسبب توقفه عن البكاء، وعندما يعود للبكاء نمتنع عن تعزيزه، وهكذا حتى يتوقف عن البكاء (القاسم وآخرون، 2000).

9- التشكيل: يعتمد هذا الأسلوب على استخدام كل من التعزيز والإطفاء، وذلك بالتوفيق بينهما بهدف تطوير سلوكات جديدة، ويتم التشكيل للسلوك عادة بتقسيمه إلى أجزاء عديدة ويتم تحديد الجزء الذي يبدأ به السلوك ونستمر في تعزيز الأجزاء المرغوبة، وإطفاء السلوكات غير المرغوبة التي تصاحب السلوك حتى نصل إلى السلوك النهائي المرغوب فيه.

والمقصود هنا بالأجزاء تحليل السلوك من خلال التسلسل والذي يتضمن تحليل السلوك المراد تشكيله إلى المهمات الصغيرة التي يتألف منها أو يعلم الفرد القيام بكل مهمة منه في وضعها المناسب من السلسلة السلوكية وتعزيزه عليها. (غيث، 2000)

10- العقاب: يتم العقاب عن طريق مثير غير سار للفرد إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيه، ويلجأ المعلمون إلى أسلوب العقاب أحيانا، ولكن يجب الانتباه إلى أنه لا يوجد عقاب واحد يتناسب مع كل أنواع السلوك، ويتناسب مع كل الطلاب، **وهناك أنواع من العقاب** مادي، جسدي، اجتماعي حرمان من الإثابة التوبيخ، الصوت العالي مع النظرة الحادة، المواد ذات المذاق الحار أو المنفر، الصدمة الكهربائية ويتم استخدام هذا الأسلوب في علاج العديد من المشكلات السلوكية.

ولا يكون العقاب عقابا إلا إذا أدى إلى خفض السلوك، وحتى يكون أسلوب العقاب فعالا، **فلا بد من مراعاة الأمور التالية عند تطبيقه:**

1- عندما يعاقب المدرس الطالب فإنه يجب عليه أن يوضح سبب العقاب.

2- يجب أن يلجأ المدرس إلى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك، وذلك بعد أن تفشل الأساليب الأخرى.

3- يجب أن لا يكون أسلوب العقاب هو النمط المميز للمدرسين، أي يجب أن لا يتبعه باستمرار لأن هذا سيؤدي إلى كراهية الطلاب للمدرس.

4-إذا اضطر المدرس أن يستخدم أسلوب العقاب فعليه أن يستخدم أولا أبسط أشكال العقاب.

5- على المدرس أن لا يكتفي بمعاقبة السلوك غير الملائم، بل عليه في نفس الوقت أن يعزز ويكافئ السلوك الملائم. (القاسم وآخرون، 2000)

11- الإقصاء (العزل): هو شكل من أشكال العقاب وفيه يتم حرمان الطفل من المثيرات المحببة له، أو عزله تماما عن البيئة المثيرة والمعززة له للاستمرار في سلوكه، ويجب الانتباه إلى أن يتم نقل الطفل من البيئة الأكثر إثارة إلى الأقل إثارة، فمثلا قد يعاقب المعلم الطالب الذي يتحدث في الحصة مع زملائه بطرده من الحصص، وهنا يكون المعلم قد نقل الطالب من البيئة الأقل إثارة (الصف) إلى الأكثر إثارة (خارج الصف)، وهنا يكون قد فقد العزل قيمته، ولكن إذا قام المعلم بعزل الطالب في غرفة خاصة بالعزل (آمنة خالية من المؤذيات) فإنه يحقق الهدف ويقلل من سلوك التحدث داخل الصف. (غيث، 2006)

12- التصحيح الزائد: في هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ والذي وقع فيه، وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكات الصحيحة، فالطفل الذي يتعمد سكب الماء على الأرض، فإننا نطلب منه مسحها، وإكمال مسح الغرفة كاملة، ويستخدم التصحيح الزائد في علاج العديد من حالات السلوك المشكل عند الأطفال مثل التخريب وإثارة الفوضى، والسرقة. (القاسم وآخرون، 2000)

ومن فوائد التصحيح الزائد أنه إجراء سريع وفعال، وله دور علاجي قوي أكثر من الإقصاء.

ولكن التصحيح الزائد نوع من أنواع العقاب، ولهذا فهو قد يؤدي إلى حالات انفعالية كالعدوان والهرب، وينبغي الانتباه أن العامل المهم لنجاح هذا الأسلوب هو عدم تعزيز الفرد أثناء تأدية السلوكات التي تطلب منه، وهي التي تسمى عادة التصحيح الزائد، كذلك يجب أن يقوم الفرد بتأدية تلك السلوكات مدة طويلة بما فيه الكفاية ليكون هذا الإجراء مزعجا له حتى لا يكرر السلوك الغير مرغوب فيه. (العناني، 2000)

13- **تكلفة الاستجابة**:أسلوب يهدف إلى جعل الفرد يميز بين السلوك المناسب وغير المناسب عن طريق خسارته لجزء من المعززات التي بحوزته أثر قيامه بالسلوك الخاطئ، أي أن السلوك غير المرغوب فيه سيكلف الفرد وسيدفع ثمن تلك السلوكات غير المرغوب بها (كغرامة) على فعله. (غيث، 2006)

إن حرمان الفرد من جزء من المعززات التي بحوزته هو شكل من أشكال العقاب، **وهما طريقتان** لاستخدام هذا النوع من العقاب، **في الطريقة الأولى** يحصل الفرد على كمية من المعززات عند تأديته السلوك المرغوب فيه، وعند قيام الفرد بالسلوك غير المقبول يتم حرمانه من بعض المعززات، وهذا النوع الشائع، وغالبا ما تكون تكلفة الاستجابة في هذه الحالة جزءا من برنامج شامل لتعديل السلوك.

وفي الطريقة الثانية يقوم المعالج بمنح الفرد كمية من المعززات المجانية عند البدء ببرنامج العلاج ويطلب منه أن يحافظ على أكبر قدر ممكن من تلك المعززات، وذلك بالامتناع عن تأدية السلوك الغير مرغوب فيه المراد تقليله، فإذا حدث السلوك غير المقبول يفقد الفرد كمية معينة من تلك المعززات، ويتم تحديدها قبل البدء بتطبيق الإجراء. وهذا الأسلوب فعال وسهل التطبيق، ومن الممكن التخلص من السلوك الغير مرغوب فيه، ولا يحتاج لمدة طويلة في تطبيقه، وأيضا لا يؤذي الفرد جسديا، ولكن قد يكون هناك عدوانية، فالفرد قد يدخل في مشاجرة مع الشخص الذي يأخذ منه المعززات. (العناني، 2005)

14- **الممارسة السلبية**:في هذا الأسلوب يطلب من المسترشد أن يمارس السلوك

الغير مرغوب فيه وبشكل متكرر وهو واع لقيامه به حتى يصل إلى درجة الإشباع والتعب، ومن المعروف أن الإنسان بطبعه لا يميل إلى الأعمال التي تولد لديه الشعور بالتعب، مما يعني أنه سوف يتوقف عن القيام بالسلوك الغير مرغوب فيه.

ولا يلجأ المعالجون لهذا الأسلوب إلا في حالات قليلة عندما تكون السلوكات المستهدفة سلوكات لا إرادية كالتأتأة، ولا تستخدم في السلوك العدواني ، ولا في التدخين، لأن النتائج ستكون وخيمة.

15- التنفير: يكون بتعريض الفرد الذي يمارس عادة غير مقبولة أو يرغب بإيقافها لمثيرات منفرة بشكل متزامن مع تخيله لها أو قيامه بها في الواقع، فيحدث نوع من الإشراط بين هذه السلوكات والمثيرات المنفرة التي يتعرض لها الفرد مما يدفعه نحو تركها. (غيث، 2006)

مزايا العلاج السلوكي:

1- يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية المضبوطة.

2- يوفر للمعالجين مجموعة كبيرة من الأساليب للمشكلات المختلفة.

3- يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.

4- يستغرق وقتا قصيرا لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال. (شعبان وتيم، 1999).

5- تطبيقاته واسعة على المشكلات السلوكية عند الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى لو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا.

6- يزود المسترشد بمعلومات قوية عن مستوى تقدمه وما يحققه من نجاح في العلاج، ويكون بذلك المسترشد واعيا في كل مرحلة بمدى زوال الأعراض.

7- عملي أكثر منه نظري كلامي، ويستعين بالأجهزة العلمية.

8- نسبة التحسن عند استخدامه تصل إلى (90٪) أحيانا في حين استخدام الأساليب الأخرى يصل إلى (50-70٪) في أحسن الأحوال.

9- أهدافه واضحة.

10- يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد التدريب اللازم. (القاسم وآخرون، 2000)

أهم عيوب العلاج السلوكي:

1- أحيانا يكون الشفاء وقتيا وعابرا.

2- يتميز السلوك البشري بالتعقيد وليس من السهل تحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يمكن تعديلها.

3- يركز على التخلص من الأعراض فهو لا يهتم بعلاج المصدر الحقيقي للاضطراب.

4- تبنت هذه النظرية مفاهيمها وقواعدها على أساس وتجارب على حيوانات في المختبر، ولا شك أن التعميم المباشر على الإنسان فيه نوع من المغالاة لأن الإنسان مخلوق له خصوصيته.

5- النظر إلى السلوك الإنساني على إنه نتاج لبيئة وليس للفرد دور في هذا السلوك لا يتفق مع كون الإنسان مكلف ومسؤول عن سلوكاته وحياته.

6- قد تثير عملية استبدال استجابة غير مرغوب فيها بأخرى مرغوب فيها إلى إثارة القلق والصراع لدى الفرد، لأن الاستجابة الثانية قد تشبع دافعا معينا لديه كالحاجة إلى التقدير مثلا، وفي الوقت نفسه تكون عقبة في وجه إشباع دافع آخر. (العناني، 2005)

ثانيا: العلاج النفسي الجماعي:

يعرف العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج عدد من الأفراد الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة في

سلوك الأفراد، أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم بعضا وبين المعالج، مما يؤدي إلى تغيير سلوكاتهم المضطربة، وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم.

ويتم العلاج الجماعي عادة في صورة مباشرة أو غير موجهة، علما أن بعض المعالجين يميلون إلى اتباع الأسلوب المباشر التوجيهي بدرجات متفاوته.

ويتضمن الإرشاد الجماعي إنشاء علاقة معينة بين المرشد ومجموعة من المسترشدين في الوقت نفسه، وعادة ما تجمعهم أهدافا علاجية مشتركة. (شعبان وتيم، 1999)

ويشمل الإعداد للعلاج الجماعي مراحل: تتضمن إعداد العيادة النفسية وإعداد أعضاء الجماعة (المرضى) التي يتراوح عددها ما بين (3-15) مريضا، وإعداد المسؤول، وقبل الجلسات الجماعية والتي تكون أطول من الجلسات الفردية، يقوم المعالج بمقابلة شخصية مع كل مريض على حدة بهدف الفحص والتشخيص. (العناني، 2005)

أهداف العلاج الجماعي:

1- مساعدة كل فرد من أفراد الجماعة على فهم ذاته وبلورته وتحديد هويته.
2- يترتب على فهم الذات زيادة تقبل الفرد وأهدافه لذاته.
3- تطوير قدرات الفرد ومهاراته الاجتماعية كي يتمكن من التعامل مع مهمات نموه في المجالين الشخصي والاجتماعي.
4- إكتساب الفرد لمهارات توجيه الذات وحل المشكلات واتخاذ القرارات.
5- تطوير الحساسية إزاء حاجات الآخرين وتقديرها والتعاطف معهم.
6- زيادة تطابق الفرد مع ذاته من حيث أفكاره ومعتقداته وسلوكه.
7- مساعدة كل فرد من أفراد الجماعة في أن يضع لنفسه أهدافا نوعية محددة والالتزام بالتوجه نحوها. (غيث، 2006)

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس اجتماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي، ومن هذه الأسس ما يلي:

1- تعتبر العزلة الاجتماعية من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية.

2- الإنسان كائن اجتماعي فيه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة للتقدير والمكانة، والحب والمحبة، وتجنب اللوم والحاجة إلى الضبط والتوجيه ...الخ.

3- يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها في المجتمع.

4- التخلص من الشعور بالاختلاف، إذ يشعر كل عضو بأنه ليس مختلفا عن الآخرين.

5- التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة.

6- من أهم أهداف العلاج النفسي تحقيق التوافق الاجتماعي لأنه يحقق السعادة للفرد مع الآخرين.

7- تعتبر العزلة الاجتماعية سببا من أسباب المرض النفسي وعاملا من عوامل تدعيمه وتثبيته.

8- يؤثر التفاعل بين المرضى في الجماعة العلاجية إذ يصبح كل فرد في الجماعة مصدرا بين المرضى في الجماعة العلاجية ويؤثر بعضهم على بعض، فلا يعتمدون على المعالج النفسي وحده، بل يصبح المرضى الآخرون من مصادر العلاج.

9- تخفيف الفرد من مرضه إذا تحدث مع غيره عن مشاكله، أولا يبدأ الإرشاد الفردي، ثم ينتهي إلى جماعة من نفس المشكلة، وهنا يحدث التفريغ الانفعالي له، ويحدث التوافق الاجتماعي. (شعبان وتيم، 1999)

مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي:

1- التمركز حول الذات، والخجل، الحركة الزائدة والعدوانية.
2- سوء التكيف المدرسي، والاجتماعي.
3- المشكلات الأسرية العامة (إرشاد أسري).
4- الاختيار المهني (الإرشاد المهني).
5- صعوبات التعلم وضعف التحصيل.
6- إرشاد وجماعات الطلاب من الشباب والأطفال والراشدين من الشيوخ.
7- أصحاب الحالات ذات الشركات العامة والمشتركة مثل مشكلات التوافق الاجتماعي. (غيث، 2006)

أساليب الإرشاد الجماعي:

تتعدد أساليب الإرشاد الجماعي، وذلك حسب المعايير الآتية:

1- تتشابه مشكلات الأعضاء النفسية أو الاختلاف من ناحية الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومن حيث نوع المشكلات.
2- طريقة تكوين الجماعة من حيث كونها عشوائية أو يراعى فيها بناء العلاقات الاجتماعية (السوسيومتري).
3- مدى التركيز على دور المرشد أو دور العملاء من حيث تركيز العملية الإرشادية على طريقة الإرشاد المباشر أو حول العملاء أو طريقة الإرشاد غير المباشر.
4- مدى استغلال دينامية الجماعة في عملية الإرشاد من حيث ترك المجال للتأثير الحر التلقائي أو التأثير في شكل تلقين يقوم على إعداد سابق.
5- حدود الانفتاح من حيث اشتراك أشخاص آخرين في عملية الإرشاد أو جعل الجلسات مغلقة تضم العملاء والمرشد فقط.

6- نوع النظرية التي يتبعها المرشد من حيث تركيزها على دينامية الجماعة او على شخصيات الأفراد.

7- المكان الذي تتم فيه الجلسات الإرشادية مثل دور العبادة أو مركز الإرشاد أو المدرسة أو مكان العمل أو النادي أو المكتب. (شعبان وتيم، 1999)

من أساليب العلاج النفسي الجماعي:

1- العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي لمورينو (السيكودراما): كلمة دراما (Drama) لا تعني المسرح، وإنما تعني أن نعيد عمل حياتنا (تشغيل أنفسنا وخبراتنا) كما لو أنها أوضاع دراماتيكية نكون نحن فيها كاتبي هذه الأوضاع ومنفذيها. (غيث ، 2006)

والسمة الأساسية لهذا العلاج هي حرية الفعل للممثلين، والتدريب على التلقائية، وهذا يقابل التداعي الحر الطليق في التحليل النفسي، فيهدف هذا النوع من العلاج إلى إعطاء الفرصة للتنفيس الانفعالي وإلى تحقيق التلقائية؛ وإدراك نمط الاستجابة الشاذة لدى المريض، وإدراك الواقع، وتحقيق التوافق الاجتماعي، والتعلم من الخبرة. (العناني، 2005)

موضوع التمثيلية النفسية:

1- قصة تدور حول خبرات مثل خبرات العميل الماضية والحاضرة والخبرات المستقبلية التي يخافها ويحتمل أن يواجهها في المستقبل.

2- من الممكن أن تدور التمثيلية إلى حل الصراع وتحقيق التوافق النفسي.

3- مواقف متخيلة غير واقعية وأخرى محددة تهدف إلى تشجيع فهم الذات أفضل فهم.

4- موضوعات متنوعة مثل الاتجاهات السالبة والأفكار والمعتقدات الخرافية والأحلام (شعبان وتيم 1999).

العناصر الأساسية في السيكودراما:

1- المخرج: هو الشخص الذي ينتج السيكودراما ويقودها ليجعل من العناصر الدرامية إنتاجا نهائيا

2- البطل / النجم: هو الشخصية القيادية في العمل الدرامي أو القائد أو الإنسان الرئيسي، إنه الشخص الذي يقدم مشكلة أو صراعا من أجل حله.

3- الممثلون: وهم الأشخاص الذين يقومون بتمثل أو لعب دور الأشخاص المهمين في حياة الممثل أو البطل، وهؤلاء يساعدون الممثل الرئيسي في تمثيل ما يدور في حياته.

4- المشاهدون: هم الناس داخل المسرح، أو غرفة التمثيل، والذين غالبا ما يشاركون في التمثيل.

5- الخشبة: هي امتداد طبيعي لحياة الممثل الرئيسي ويجب أن تسمح له بحرية الحركة والتعبير عن انفعالاته، كذلك يجب أن تسمح بحرية حركة الممثلين، إن خشبة المسرح يجب أن تستثير على الأقل رمزيا ذاكرة البطل أو صراعاته.

6- موضوع المسرحية: موقف عاشه الممثل في الماضي (مثل علاقته بوالديه في مرحلة سابقة من مراحل نموه)، أو التي يعيشها في الحاضر (مشاكل مالية)،أو من المحتمل أن يعيشها في المستقبل، أو قد تتعلق بمخاوف الفرد وما يتمنى التعبير عنه للمقربين منه والهامين في حياته.

أما الأدوار التي يقوم بها العميل فهي :

1- دوره في الحياة كما يؤديه بالفعل.

2- دوره في الحياة كما يراه أو يدركه.

3- دوره في الحياة كما يعتقد أن الناس يرونه.

4- دوره في الحياة كما يجب أن يؤديه.

5- دور شخص آخر يهمه بشكل مباشر كدور الأب أو الأم أو الأخ أو الرئيس.

6- دور معاكس مثل قيامه بدور مسالم إذا كان سلوكه يتسم بالعدوانية والتسلط أو القيام بدور شخص اجتماعي مرح إذا كانت شخصيته تتسم بالخجل والعزلة. (غيث، 2006)

2- المحاضرات والمناقشات:الأفضل أن يكون موضوع المحاضرة عن مشكلة يعاني منها أحد أفراد الجماعة دون ذكر إسمه، أيضا ممكن أن يتضمن المحاضرات موضوعات مختلفة مثل العلاقة بين النفس والجسم، والشعور واللاشعور، التكيف الاجتماعي.

ويلاُحظ أن الفرد بهذا الأسلوب ينشط اجتماعيا وعقليا وانفعاليا ويعبر في موقف المناقشة الجماعية عن مشكلاته فينمو لديه الشعور بالانتماء، أيضا هذا الأسلوب يؤدي إلى تغيير الاتجاهات لدى الأفراد.

ويفضل أن يكون أعضاء الجماعة الإرشادية متجانسين، أي جميعا يعانون من مشكلات متشابهة مثل المشكلات التربوية والاجتماعية والمرضية.

أما المحاضرون فهو المرشد، وهو يعتمد على تأثيره الشخصي للعملاء. (شعبان وتيم، 1999)

3- الأسلوب المختلط:هو أسلوب يجمع بين طريقة السيكودراما والمحاضرة والمناقشة، ما يساعد المعالج من الاستفادة من ميزات الأسلوبين.

4- النادي العلاجي: ينشئ البعض أندية علاجية تتيح فرص العلاج الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترويحي والاجتماعي بصفة عامة، وكثيرا ما تبدأ الجلسات بنشاط رياضي مثل لعب الكرة أو السباحة أو الغناء أو التمثيل. وتتصف العملية العلاجية في هذا النادي بإشاعة جو الأمن بين جماعة الأطفال، وإعطائهم الفرصة للتفريغ الانفعالي وتنمية ميولهم والتوافق الاجتماعي. (غيث ، 2006)

تقييم العلاج النفسي الجماعي:

من أهم مزايا هذا الأسلوب إنه يتصف بما يلي:

1- يقتصد الوقت والجهد والكلفة.
2- لا يحتاج إلى عدد كبير من المعالجين.
3- يقوي ثقة المريض بنفسه ويصحح نظرته للأمور.
4- يقلل من شعور المريض بالعزلة.
5- يتيح للفرد الفرصة للتنفيس الانفعالي في جو اجتماعي آمن.
6- يتيح الفرصة للاستفادة من أخطاء الغير.
7- يتيح خبرات عملية وأوجه نشاط اجتماعي متنوعة مفيدة في الحياة اليومية. (شعبان وتيم، 1999)

أما السلبيات والانتقادات فهي:

1- يصعب استخدامه في علاج الحالات المرضية الشديدة.
2- نادرا ما يحدث تغييرا جوهريا في الشخصية.
3- قد لا يناسب بعض الأفراد الذين يخجلون من أن يتكلموا عن أنفسهم ومشكلاتهم أمام عدد كبير.
4- تتطلب خبرة وتدريبا جيدا من المعالجين للقيام بها وإلا فلتت زمام الأمور من أيديهم.
5- قد يتعلم بعض الأفراد بعض الأخطاء من غيرهم. (غيث، 2006)

ثالثا: العلاج باللعب.

يعتبر اللعب مفهوما عاما للترويح، ويتم من خلاله ممارسة عدد من الألعاب القائمة على مجموعة من القواعد تعطي اللاعب حرية الاختيار المفتوح، والمضبوط في نفس الوقت بقواعد الثواب والعقاب لكل لعبة تمارس، واللعب عبارة عن وظيفة إنسانية أساسية ومطلب تربوي ضروري يساعد في تنمية الحرية والخيال والنظرة المتسقة، وهو المجال الذي يتصل فيه بما حوله، وبواسطته ينمو جسميا وعقليا واجتماعيا ونفسيا، واللعب نشاط حر وتعبير نفسي ممتع ومقصود

لذاته بممارسة الطفل لإشباع حاجاته، وهو يساعد على النمو الشامل من جميع النواحي الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، من خلال التعامل مع الزملاء والقادة وهو بذلك يكتسب الخبرات التي تعدل سلوكه وتنمي شخصيته، فاللعب أفضل طرق التعلم عند الأطفال، فهو نشاط تعليمي، ونشاط اجتماعي، أو تسلية، لذا لا بد من تحويل كل نشاط نقوم به مع الطفل إلى نوع من اللعب. (يحيى وعبيد، 2007)

يعرف اللعب بأنه أي وسيلة يقوم بها الفرد بدون غاية عملية مسبقة، أو هو نشاط، تعلمي، تعليمي، واللعب له أهمية في الترويح عن النفس، أو إلى قيمة علاجية، أو اجتماعية، أو تربوية، ويربطه آخرون بالقدرات العقلية ومراحل النمو، حيث يعتبر اللعب من أهم الوسائل الهامة التي يعبر بها الطفل عن نفسه، ويعتبره البعض مهنة الطفل. (شعبان وتيم، 1999)

أما الإرشاد والعلاج باللعب: فهو عبارة عن طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الطفل أو صورته الداخلية من خلال اللعب، والذي يعد وسيلة للأطفال الأساسية في الاتصال وطريقتهم الفضلى في التعبير عن مشاعرهم.

وترى فيرجينيا أكسلن (Axlin) أن الأطفال يملكون القدرة على حل مشكلاتهم الخاصة، وتؤكد على استخدام الإرشاد باللعب لوصول الطفل إلى الاستقلالية، وترى أن الإرشاد غير المباشر يسمح بتقبل الطفل دون إصدار أحكام عليه، ودون الضغط عليه من أجل التغيير، وعن طريق الإرشاد باللعب يتخلص الطفل من مشاعر التوتر والإحباط، وعدم الشعور بالأمن العدوانية والخوف والحيرة والارتباك. (غيث،2006)

اهداف الإرشاد باللعب:

1- التشخيص والفهم: حيث يلاحظ المرشد تفاعل الأطفال ومعتقداتهم وتعبيراتهم حول مشاعرهم وأفكارهم أثناء لعب الأطفال، فيقوم بتحليل هذه الملاحظات، ويستطيع أن يشخص طبيعة المشكلة لدى الطفل.

2- بناء علاقة مهنية: إن استخدام العلاج باللعب يمكن أن يساعد المعالج في بناء علاقة تقبل مع الأطفال الذين يشعرون بالخوف ولا يستطيعون التعبير اللفظي.

3- يسهل الكلام: البعض لا يستطيع التعبير عن المشاعر لفظيا، لكن يمكن استخدام اللعب لتسهيل عملية التعبير اللفظي.

4- تعلم طرق جديدة ومهارات الحياة اليومية: كثيرا من الأطفال بحاجة إلى مهارات اجتماعية معينة، أو أنهم يشعرون بالقلق حول أدائهم، فيكون اللعب أداة جيدة لتعليمهم السلوك البديل.

5- مساعدة الطفل على إظهار ما في اللاشعور وخفض التوتر لديه، حيث يستخدم اللعب للتنفيس عن العواطف وطريقة للكشف عن الخوف والقلق.

ويمكن تلخيص أساليب العلاج بما يلي:

1- **اللعب الحر**: هو لعب غير محدد تترك فيه الحرية للطفل لاختيار أدوات اللعب واللعبة.

2- **اللعب المحدد**: هو لعب موجه مخطط فيه يحدد المعالج مسرح الطفل وأدواته بما يناسب الطفل.

3- **اللعب بطريقة العلاج السلوكي**: إذ يمكن استخدام أسلوب (تقليل الحساسية التدريجي) لتحصين الطفل ضد الخوف مثلا، كخوفه من حيوانات معينة وتعويده اللعب بالدمى.

4- **العلاج بالملاحظة**: الطفل يقوم باكتساب الكثير من السلوك من خلال اللعب، والذي يحاكي فيه الطفل نماذج سلوكيات جرت أمامه، مما يؤدي في نهاية الأمر إلى تغيير سلوكه.

5- **العلاج النفسي الجماعي باللعب**: هذا النوع من العلاج هو علاج يقدم لعدد محدود من الأطفال في وقت واحد ويستخدم فيه اللعب، كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال الصغار، ومن الصعب الفصل بين عملية

التشخيص وعملية العلاج من خلال اللعب، حيث يكشف عن .. ويشخص لـ... ويعالج في آن واحد، ولأن اللعب نشاط فهو يعد مجالا خصبا يساعد على كشف وتشخيص حالة الطفل ويخلصه من التوتر، ويعمل على نموه من جميع النواحي.

ويمكن إيجاز فوائد اللعب بما يلي:

1- اللعب مجال جيد للتعبير عن الرغبات والصراعات ويتيح فرصة إزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان، ويخفف الضغط والتوتر الانفعالي.
2- ينمي الميول والثقة بالنفس.
3- يستخدم لتحقيق أغراض وقائية وذلك عن طريق تقديم الطفل لخبرة ميلاد طفل جديد مثلا حتى لا يفاجأ بهذا المولود.
4- قد يترتب عليه أن يقدم المعالج اقتراحات إلى الوالدين لزيادة فهمهما وتغيير موقفهما بما يلائم الطفل. (العناني، 2005)

أما الألعاب التي يتم اختيارها فهي ثلاثة أنواع:

1- ألعاب الحياة الواقعية، مثل الدمي، والعرائس، والبيت، والأثاث، وأدوات المطبخ، والتلفون ...
2- ألعاب العمل: مثل البنادق والسهام والألعاب العسكرية، والسكاكين المطاطية ولوحة السهام ..
3- الألعاب الإبداعية: مثل رسم الصور، والصلصال، والتلوين، والدمى المتحركة وورق الصحف... (غيث، 2006)

شروط الألعاب:

1- أن تكون لها أهداف تربوية محددة وفي نفس الوقت مثيرة وممتعة.
2- أن تكون قواعد اللعب سهلة وواضحة وغير معقدة.
3- أن تكون اللعبة مناسبة لخبرات وقدرات الطفل.

4- أن تكون اللعبة من بيئة الطفل.

5- أن يكون دور الطفل واضحا محددا في اللعبة.

6- أن يشعر الطفل بالحرية والاستقلالية في اللعب. (يحيى وعبيد، 2007).

رابعا: العلاج المعرفي السلوكي:

هو مجموعة من الاتجاهات العلاجية تهدف إلى تعديل النماذج الخاطئة في التفكير، ويركز العلاج هنا على أسلوب تفكير المريض ومشاعره وسلوكاته لكي يتم فهم العلاقة المتبادلة بين التفكير والانفعال والسلوك.

تعتمد فكرة العلاج المعرفي على تحديد أنماط التفكير اللامنطقي، ومساعدة العميل على فهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير واستبدالها بأنماط التفكير الأخرى التكيفية والفعالة في الوصول إلى الضبط الذاتي لدى العميل. واستخدم هذا الأسلوب بفعالية في علاج مشكلات مثل النشاط الزائد، وغياب التدعيم الذاتي.

يتسم العلاج السلوكي المعرفي في المحاور التالية:

1- الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم.

2- أساليب التفكير المعرفي أو الذهني والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة في التفكير والتدريب على حل المشكلات.

3-الأساليب الاجتماعية بما فيها التدريب على المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال النماذج السلوكية الجيدة والقدوة الحسنة.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وتقسم إلى:

1- فنيات معرفية: مثل التعلم النفسي، والمناقشة، والتعرف على الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية والعلاج الموجه بالاستبصار، والمقابلة الاكلينيكية، والتحكم بالذات، والتعبير عن الذات بطريقة لفظية، والحديث عن الذات بإيجابية.

2- فنيات انفعالية: مثل النمذجة، لعب الدور، الحوار، المناقشة.

3- فنيات سلوكية: مثـل الاسـترخاء، القصـص، والواجبـات المنزليـة، التعزيـز، العقاب، التحصين التدريجي.

أشكال العلاج المعرفي السلوكي:

1- العلاج العقلاني الانفعالي.

2- العلاج المعرفي لـ(بيك).

3- التدريب على حل المشكلات.

4- التدريب على التعلم الذاتي.

5- نظرية العزو السلبي.

6- التوقف عن التفكير.

1-العلاج العقلاني الانفعالي: يرتبط هذا الأسلوب العلاجي بـ (ألـبرت اليـس) الذي وضع أسسه والمعتمد على فكرة مؤداها أن الاضطرابات النفسية ما هـي إلا نتيجة لأفكار خاطئة أو غير عقلانية، ويعرف أليس هذا العلاج بأنه عـلاج مباشر توجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريـض في تصحيـح معتقداته اللاعقلانية وتحويل هـذه المعتقـدات الخاطئـة والمصـاحب لهـا خلـل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي.

فمن أهداف العلاج العقلي الانفعالي:

1- هو تمكين الفرد من الاهتمام بالذات وتقبلها، وتنميته القـدرة علـى التوجيـه الذاتي وتحمل المسؤولية، وتحمل أخطاء الآخرين، وتقبل عدم اليقين، ذلك أننا نعيش في عالم من الاحتمالات.

2- تمكين الفرد من اكتساب المرونة في التفكير والالتزام والاهتمام بـأمور خـارج نطاق نفسه، والتمتع بروح المغامرة، ومعرفة أننا لا نعيش في عالم مثالي.

خطوات العلاج العقلاني الانفعالي:

1- إقامة علاقة جيدة مع المريض بكسب ثقته.

2- الشرح للمريض أعراضه المرضية واستجابته الشخصية لهذه الأعراض في الماضي والحاضر وعلاقته بما يفعله الآن وما يشعر به حاليا، وذلك لمساعدته لإبراز المشكلة.

3- إظهار عدم منطقية ما يقوله المريض لنفسه، وتأكيد المعالج لذلك، وتعريفه أن ذلك هو سبب مرضه، وإن من الممكن تغيير طريقة تفكيره.

4- مهاجمة الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية وذلك من خلال الهجوم على المعتقدات غير المعقولة بالاقناع وتحويلها من اللامعقول إلى المعقول بالطرق العلمية والمنطقية، أيضا بالمعارضة المباشرة والمستمرة للخرافات والمعتقدات الخاطئة التي سبق أن تعلمها المريض، والمحتفظ بها للوقت الحالي، كذلك مساعدة المريض على تبني فلسفة عقلانية حتى يتحاشى الوقوع ضحية أفكار غير منطقية مرة أخرى.

كيف تصلح من طريقة إدراكك لما يجري لك:

يمكن للإنسان أن يطور من طريقة إدراكه للأحداث إذا فكر بواقعية، وذلك بأن يعود نفسه على طريقة أكثر دقة في تناول الأمور: أن يحرص دائما على التفكير فيها بطريقة أكثر علمية، وذلك من خلال مراقبة أفكاره ومحاولة تنقيتها من الألفاظ المطلقة، مثل: أبدا، يجب، محتم، يستحيل، دائما.

مثلا: بدلا من أن يقول: أنا متأكد من أن أحمد وعليا لا يريدانني، يقول ربما كان أحمد وعلي لا يريدان البقاء معي هذه اللحظة، ما الذي جرى هنا؟: لقد استبدلت كلمة (بالتأكيد) إلى كلمة ربما، وهذا إنتقال رائع في اليقين إلى الإحتمال، لا يمكنك أن تتيقن من أفكارك الا بعد اختبارها ... وأنت لم تختبرها بعد.. إذن فهي ما تزال أفكارا محتملة.. ثم استبدلت أيضا (لا يريدانني) إلى لا يريدان البقاء معي هذه اللحظة، أنت هنا انتقلت من التعميم في كل وقت إلى التحديد هذه

اللحظة، هذا التغيير يسمح لك أن تقول بعد ذلك: ربما في لحظة أخرى يمكننا اللقاء.

مع هذا الانتقال من التعميم إلى التحديد، ومن اليقين إلى الاحتمال، هناك شيء آخر، ينبغي أن يعود الإنسان نفسه على أن يكون نظره أكثر شمولية... ليس النظر الحسي فقط، وإنما نظرته إلى الأمور .. كثيرا ما نغفل بعض الأحداث، وتكون هي الأحداث الأهم.

مثلا: يحدثك أحد الآباء: ابني كان متفوقا طيلة مرحلة الدراسة الابتدائية .. وكان مطيعا لي وبارا بأمه... الآن وهو في المرحلة المتوسطة أصبحت تقديراته في المواد منخفضة، واختلفت سلوكياته.. لقد أتيته بكثير من المدرسين في المواد المختلفة.. ولكن مستواه ما زال ضعيفا.. بينما في المرحلة الابتدائية لم يكن لديه أي مدرس خاص.. وكان متفوقا.

هذا الأب المحب لولده.. نظر إلى الأمور من زاوية واحدة (التفوق الدراسي) وافترض أن ابنه قد ضعفت قدرته على التحصيل الدراسي لاختلاف مواد المرحلة المتوسطة عن مواد المرحلة الابتدائية.. حسنا.. ليكن الأمر كذلك.. ولكنك جربت أن تقوم الجانب التحصيلي.. أتيت لابنك بالمدرسين في مختلف المواد.. ولم يفده ذلك كثيرا.

الآن، وبعد فشل زاوية الرؤية الأولى لننظر إلى الأمور من زاوية أخرى لم لا تكون المشكلة نفسية، وليست تحصيلية؟

بمعنى آخر: لم لا نفسر الأمر بأن ابنك قد انتقل من الطفولة إلى المراهقة وأنه يمر الآن باضطرابات المراهقة: يريد أن يتحرر من أوامر الوالدين بدأ ينظر إلى بعض الأمور التي كانت بعيدة عن تفكيره بدأت تشغله أمور العلاقات بين الجنسين، لماذا لا يكون ابنك محتاجا بدلا من المدرس الخاص إلى مرشد نفسي يستطيع تحديد المشاكل النفسية التي يمر بها.... ثم يقدم له البرامج التي تمنحه المهارات النفسية اللازمة لحل تلك المشاكل.

باختصار: أنه يمكن للإنسان أن يتلافى قصوره في إدراك الأحـداث المحيطـة به وذلك بأن يتوخى بقدر الإمكان أن يوسع من نظرته إلى الأحداث المختلفة وأن يقلل من استخدام العبارات المشبعة بـاليقين إلى العبـارات الاحتماليـة وأن يحـدد كلامه العام (www.najahteam.com).

أما أهم ميزات العلاج العقلاني الانفعالي فهي:

1- إنه من أكثر النظريات المعرفية اهتماما بوصف الاضطرابات الانفعالية.

2- إنه يهدف إلى تغيير فلسفي عميق ودائم في فكر الفرد.

3- إنه ذو فعالية في علاج الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب.

4- إنه يعلم المريض كيف يتخلص من أفكاره غير العقلانية.

أما السلبيات للعلاج العقلاني الانفعالي:

1- لا يعطي دورا هاما للاستبصار العلاجي التقليدي، أي لا يـهتم كثـيرا بفـهم المتعالج أسباب الاضطراب الانفعالي لديه.

2- يقلل من أهمية تأثير الماضي في الحاضر.

3- **العلاج المعرفي لـ (بيك) (Beck)**: إن العلاج المعرفي مشابه لأساليب العـلاج المعـرفي العقلانـي لأليـس، واسـتخدم بيـك العـلاج المعـرفي لعـلاج حـالات الاكتئاب، وتوصـل إلى أن العمليـات المعرفيـة هـي جوهـر هـذه العلـل، وأن الاكتئاب يحدث ويستمر بسبب أسـلوب الشـخص في التفكـير، وأن التفكـير الاكتئابي هو نتاج خلل في البيئة المعرفية الأساسية.

ويميز بيك بين أنواع عدة من التفكير الشاذ ومنها:

1- **التفكير الثنائي**: إذ يميل بعض الناس لإدراك الأشـياء إمـا بيضـاء أو سـوداء، حسنة أو سيئة، كأن يعتقدوا أن الإنسان الذي يرتكب خطأ واحدا هو إنسـان سيئ دون إدراكهم أنه قد يكون هناك جوانب إيجابية في هـذا الشـخص علـى الرغم من أنه يبدو ظاهريا سيئا.

2- **الإفراط في التعميم:** يشمل تبني اعتقادات وأفكار عامة بناء على خبرات محددة.

3- **تعظيم الأمر:** يقصد به المبالغة في أهمية الخبرات أو الأحداث.

4- **أسلوب التدريب على حل المشكلات:** يعتقد أتباع هذا النموذج العلاجي أن السلوك غير التكيفي إنما هو نتاج لعجز الشخص وعدم قدرته على حل المشكلات بطريقة منظمة.

و **حل المشكلات يمثل ما يلي:**

أ. الشعور بالمشكلة والاعتراف بها على أنها مشكلة حقيقة موجودة.

ب. تحديد عناصر المشكلة بدقة بجميع جوانبها المختلفة، وتحديد ما يجب تحقيقه.

جـ. اقتراح الحلول التي تناسب طبيعة المشكلة.

د . الطلب من الشخص اختيار الحلول الأفضل للنجاح.

هـ. تنفيذ الحلول.

و. الطلب من الشخص تقييم النتائج، وإذا لم تتحقق الأهداف المتوخاة يجرب حلا آخر.

5- **التدريب على التعليم الذاتي:** يهدف هذا الشكل من العلاج إلى تعديل أنماط التحدث الذاتي على افتراض أن ذلك سيؤدي إلى تعديل السلوك، ويرى (رونالد ميتشنبوم) مطور هذا الأسلوب أن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة إنهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث الذاتي الايجابي والتعود على الاسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق.

وهنا ركز على التحدث إلى الذات باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي.

6- **نظرية العزو السلبي:** تؤكد نظرية العزو على أهمية الأسباب التي يدركها الفرد لنجاحه أو فشله في المهام التي يقوم بها سواء كانت دراسية،أو مهنية، أو حياتية، فعندما ينجح أو يفشل أحدنا في مهمة ما فإنه يبدأ بالبحث عن

الأسباب التي تقف وراء نجاحه أو فشله، ويعزو الفرد عادة نجاحه أو فشله إلى قدراته، جهده، الحظ، سهولة أو صعوبة المهمة، حالته البدنية، الظروف المادية أو الاجتماعية المحيطة، تخطيطه واستراتيجياته... الخ، ونحن ننظر لهذه الأسباب أولا لنحدد المسؤولية، وثانيها لنفهم أسباب أدائنا، وترى نظرية العزو أن الأسباب التي يدركها الفرد تؤثر على دافعيته وبالتالي على أدائه المستقبلي، إضافة إلى الأداء، فإن العزو يؤثر أيضا على انفعالات وعواطف الفرد، وينتاب الفرد مشاعر إيجابية أو سلبية بعد النجاح أو الفشل في ضوء هذه الطريقة التي يعزو بها. (الزق، 2006)

إذن الفرد يعزو الأحداث لعوامل داخلية، أو عوامل خارجية، واتجاه العزو هذا يؤثر في تفكيره وشعوره واتجاهاته وبالتالي سلوكه، فقد يخطئ الفرد في عزوه للأسباب فيعزو الأحداث لعوامل ثانوية، وليست ذات علاقة، ولهذا فالهدف الرئيسي لهذا النموذج هو فهم الأسباب التي يعزو الفرد سلوكه لها وتصحيح الأخطاء (العناني، 2005).

7- **التوقف عن التفكير**: يستخدم هذا الأسلوب علاجيا عندما تراود الإنسان أفكار لا يستطيع السيطرة عليها، ووصف (جوزيف ولبي) هذا الأسلوب في كتابة (الكف المتبادل) حيث وضح أنه في البداية يطلب المعالج من المتعالج أن يفكر مليا بالأفكار التي تزعجه وبعد فترة يصرخ المعالج قائلا: توقف عن ذلك، أو يحدث صوتا مزعجا منفرا، والهدف من ذلك إيقاف السلوك اللفظي الذاتي، ويكرر المعالج هذا الإجراء مرات قبل أن يطلب من المتعالج نفسه القيام بالسلوك بصوت عال في بادئ الأمر، فبصوت منخفض في نهاية الأمر. ويستخدم هذا الأسلوب في علاج مشكلة الخوف من الظلام أو من المصعد. (العناني، 2005)

خامسا: الأسلوب السيكوديني (القوى النفسية):

يستند هذا الإسلوب على فرضيات نظرية التحليل النفسي والتي وضعها سيجموند فرويد والتحليليون من بعده، إن وجهة نظر التحليل النفسي تفترض

أن السلوك لا يتحدد بدرجة كبيرة لعمليات غير شعورية مستمرة داخل النفس، ولهذا فإن علاج الفرد المضطرب يتمثل في محاولته إيجاد المشكلة الأساسية، أي جذور المشكلة الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها في الوقت الحالي، وذلك باستخدام أسلوب التحليل النفسي. حيث يقوم المعالج بمساعدة الفرد على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها هذا الصراع الداخلي اللاشعوري على السلوك والانفعالات الحالية، ثم العمل مع المريض على بناء وتنظيم شخصية سليمة وصحيحة وبشكل معين. فالمعالج يعمل على مساعدة الفرد على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكنوناته الداخلية (الإنا، والهو، والأنا الأعلى)، والتي تنعكس على سلوكه وتؤدي إلى الاضطراب، وهنا نجد أن المعالج لا يهتم بالسلوك الظاهر إنما عليه الرجوع إلى الأسباب الحقيقية التي تقف وراء ذلك السلوك.

الأساليب العلاجية السيكودينمية:

هناك عدة طرق استخدمها التحليليون في معالجة الاضطرابات لدى الفرد وأهمها :

1- **التبصر**: يقوم هذا الأسلوب على أساس تبصير الفرد المعالج بخبراته اللاشعورية وذلك بجعله يدرك ويفهم ما يخفيه في ثنايا اللاشعور، حيث يخبره بكل ما يخفيه وبصراحة، حسب تخمين المعالج.

ولقد اقترح فرويد الخطوات التالية لتنفيذ هذا الأسلوب:

أ. تحديد متى ولماذا قرر الفرد الهروب من المرض.

ب. تطمين المريض بأنه توجد سبل مختلفة في الحياة ممكنة وجديرة بالاهتمام.

جـ. الضغط على كل المتغيرات الايجابية لتأخذ مكانها الصحيح في حياة الفرد المضطرب.

2- **التداعي الحر**: وهي طريقة طورها (فرويد) حيث يتم تنفيذ هذه الطريقة بجعل الفرد يتحدث بكل ما يخطر بباله بغض النظر عن نوعية الخبرات التي تجول في

خاطره سواء أكانت تافهة أو معيبة، أو تمس الموضوع بشكل مباشر أو غير مباشر، وهو في حالة تامة من الاسترخاء.

حيث يتوقع من خلال هذا الأسلوب أن يبدأ المريض بالشروع في الحديث عن ذكرياته وخبراته الطفولية المبكرة والتي لها أكبر الأثر في الكشف عن محتويات وخبرات اللاشعور، وبالتالي الكشف عن أسباب الاضطراب لتتم المعالجة، وهنا يدخل العامل الشخصي في تحليل الخبرات وربطها بالاضطراب.

3- **المقاومة والتحويل:** يفترض فرويد أن أي عصاب له حافزين أحدهما يتطلب العلاج والآخر يتجنب العلاج، وقد أطلق على الحافز الأخير مصطلح المقاومة.

وحسب رأيه إن المقاومة لها عدة أشكال تظهر أثناء العلاج، منها:

1. الارتباك وعدم التركيز.
2. مواجهة المعالج بالإهمال من قبل الفرد المضطرب وتصريحه بعدم قدرته على التفكير واستحضار الأحداث.
3. المقاومة من خلال تغيير الفرد لطبيعة العلاقة بينه وبين المعالج من علاقة مهنية إلى علاقة ذات طابع شخصي، وغير ذلك.
4. المقاومة من خلال إظهار الطابع العدائي أو التهجمي الموجه نحو المعالج.

أما التحويل، فيعتبر أداة مهمة في العلاج بغض النظر عن كونه عدائيا أو عاطفيا، وذلك لأنه يكشف بسهولة عن الخبرات المكبوتة في اللاشعور بأقل توتر وبأكثر صرامة، فالمواجهة ليست خطرة أو محرجة كون المقصود الأصلي - الأب أو الأم- غير مستهدف مباشرة، وإنما يستعاض عنها بشخص المعالج، عدا أن التحويل يساعد المضطرب سلوكيا على تفريغ توتره وقلقه في شخص المعالج.

4- **تحليل وتفسير الأحلام:** إن الأحلام عبارة عن نشاط عقلي رمزي يعبر بشكل مباشر أو غير مباشر عن المكبوتات اللاشعورية، والتي يحققها الفرد في نهاره أو أنه أهملها ولم ينتبه إليها، وهي بمثابة مؤشر للفرد للقيام بتنفيذ الرغبات التي

تعبر عنها تلك الأحلام. كذلك فإن للأحلام علاقة نفسية بعمليات الهلوسة في السلوك العقلي.

إجراءات العلاج تتم وفق الخطوات التالية:

1- تحديد أهداف العلاج وتجسيدها في خطوات علمية متلاحقة.
2- ربط المعالج لذاته بالفرد المضطرب بحيث يحدث بينهما ثقة متبادلة تدفع الأخير لكشف أعماقه.
3- إتاحة الفرصة للمضطرب لتفريغ انفعالاته من خلال الجلسات المتعددة.
4- توعية الفرد المريض وتبصيره بمكنوناته اللاشعورية أثناء تفريغه لانفعالاته.
5- تدعيم ثقة الفرد بنفسه وبالآخرين حوله.
6- إنهاء الجلسات العلاجية بعد تأكد المعالج من التغيير في سلوك الفرد المضطرب.
7- تحديد جلسات لاحقة لمتابعة استمرار التحسن في سلوك الفرد.

اما ميزات هذا الأسلوب فهي:

1- يهتم التحليليون بعلاج أسباب المرض وليس أعراضه فحسب.
2- يتناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب النواحي الشعورية.
3- يكشف عن العناصر اللاشعورية الثائرة على الشخصية، مما يسهل ضبطها وتصحيحها.
4- يحرر الفرد من دوافعه الدفينة وخوفه من جهله بتحقيقها.
5- يؤدي إلى إعلاء الدوافع المكبوتة واستثمار طاقتها التي كبتت.
6- يعود بالشخصية المفككة إلى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والاستمتاع بالحياة.

اما أهم السلبيات لأسلوب السيكوديني فهي:

1- إن التحليل النفسي عملية طويلة وشاقة ومكلفة، فقد يستغرق التحليل الكامل قرابة العامين، ويصل أربعة أعوام وبمعدل (3-5) جلسات أسبوعيا.

2- هناك خلافات نظرية ومنهجية في طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي (فرويد) وبين طرق التحليل النفسي الحديث الفرويديون الجدد.

3- يحتاج التحليل النفسي إلى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل، قد لا يتوافر إلا لعدد قليل من المعالجين.

4- إن هذا الأسلوب ينظر إلى الإنسان نظرة متشائمة ومبالغ فيها.

5- أنه يعتمد في وصفه للسلوك البشري على أنه نظم وعمليات فرضية.

6- يؤكد على تحليل اللاشعور كطريقة للصحة النفسية دون توافر الدليل الذي يؤكد ذلك.

7- يميل أخصائيوا التحليل النفسي إلى النظر إلى المدرسة والتربية بالشك والعداء، ويقللون من أهمية دور المدرس والبرامج العلاجية.

8- يميل هذا الأسلوب إلى تجاهل قوة تأثير البيئة على سلوك الطفل.

9- إن الوصول إلى الأسباب الداخلية أمر عسير وخاضع الوصول إليه إلى تفسيرات المعالجين والتي أحيانا غير موضوعية ومتميزة أحيانا أخرى.

سادسا: العلاج الأسري:

العلاج الأسري هو أحد أساليب العلاج البيئي أو الاجتماعي، وهو عبارة عن التعامل مع البيئة الأسرية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المريض، إما مؤقتا أو بصفة مستديمة من البيئة الأسرية التي أدت إلى الاضطراب النفسي إلى بيئة أسرية أخرى بما يتيح التوافق النفسي ويحققه.

ونشأ هذا الأسلوب من افتراض بأن المشكلات الإنسانية تنتج عن العمليات المضطربة التي تقع لدى الشخص وأسرته، لذا فيقوم العلاج الأسري

على مبدأ أساسي مفاده أن الأعراض التي لدى الشخص، غالبا، ما هي إلا تعبير عن مشكلات بين أفراد الأسرة الواحدة، لذا نجد المعالج يلتقي بأفراد الأسرة مجتمعين لأن الأسرة يجب أن تعالج لا الفرد وحده.

وحين يجتمع المعالج مع الأسرة يتمكن من التعرف على الأنماط المضطربة من التفاعل ويناقشها ويعدلها أو يغيرها، ويعمل على تعديل الاتجاهات أو إيداع الطفل مؤسسة بسبب رفض العائلة للطفل. (العناني، 2000)

وتوصل الباحثين إلى مبادئ عند تنفيذ هذا الأسلوب وأسمو البرنامج بـ(إعادة تعليم الأطفال المضطربين)، وضمن المبادئ ما يلي:

1- وجوب أن يعيش الفرد كل لحظة من حياته بمشاركته في كافة النشاطات المتاحة والتي يمكن له أن ينجح فيها.

2- يعتبر الوقت حليفا للفرد فقد يتحسن المريض مع مرور الزمن مع خضوعه للبرنامج.

3- يجب غرس الثقة في نفوس الأفراد من خلال التفاعل مع البيئة.

4- يجب أن يتم تنظيم البيئة التعليمية بحيث نضمن للفرد تحقيق النجاح الذي يقوده إلى الثقة بذاته واحترامها.

5- ضرورة معالجة الأعراض والتحكم بها وضبطها بدلا من البحث والتعمق في الأسباب فقط.

6- على المعالج أن يدرب الفرد على الضبط المعرفي من خلال العلاقة المهنية القائمة بينها.

7- إن وضع المريض أثناء برنامج العلاج مع مجموعة استرشادية أمر ضروري بهدف تبادل الخبرة وإجباره على التفاعل الاجتماعي.

8- تطبيع المشاعر وتطويرها وذلك بتنظيم المواقف البيئية التي تسمح بإظهار العواطف والمشاعر تجاه الأقارب والحيوانات وغيرها.

9- توفير الفرص الترويحية التي تضمن أن يقوم المريض بالتفاعل النشط معها كما يكسبه الثقة في نفسه.

10- ضرورة تقوية الجسم بممارسة الأنشطة الرياضية لأن الجسم هو الدرع الواقي للذات.

11- أن تعرف المريض على المظاهر الاجتماعية أمر بالغ الأهمية من خلال الأنشطة الاجتماعية والزيارات المتكررة للمؤسسات الاجتماعية مما يسهل تقبل الطفل مجددا في الحياة الطبيعية ويسهل دمجه فيها.

12- يجب أن يشتمل البرنامج العلاجي على فترات من المرح تحبب الطفل فيه.

وأخيرا فالحاجة ماسة للعلاج عند تدهور العلاقة بين الطفل والبيئة، كذلك **يمكن أن يتم العلاج بالأسلوب البيئي وفقا لواحدة أو أكثر من الأساليب التالية:**

1. العمل مع الطفل.
2. العمل مع الكبار.
3. العمل مع المجتمع.
4. تطوير نماذج جديدة للعلاج من خلال التربية المفتوحة، والتركيز على الوقاية. (القاسم وآخرون، 2000)

أهداف العلاج الأسري:

1- تحقيق فهم أفضل عند كل عضو في الأسرة لبقية أعضاء الأسرة.

2- حل المشكلات المشتركة بينهم.

3- التخلص من التوتر الانفعالي في الأسرة.

4- حل الصراعات المرضية والقلق الذي يعكر صفو الأسرة.

5- تقليل التضارب والتوافق بين الجنسين في الأسرة، بين الأجيال المختلفة كما بين الأجداد والأحفاد.

6- تحصين الأسرة ضد احتمالات الاضطرابات النفسية.

7- تحقيق الصحة النفسية في الأسرة كجماعة وبالنسبة لأفرادها. (غيث، 2006)

أهم مميزات العلاج الأسري:

1- يعالج المريض كإنسان يعيش في وسط اجتماعي.

2- يعمل على زيادة التفاعل والنشاط الاجتماعي.

3- يعمل على إعادة التوافق الأسري.

4- يقلل من السلوك الفردي الشاذ.

5- يعيد الثقة بالنفس.

سلبيات العلاج الأسري:

1- لا يستطيع أحيانا الاتصال بالأزواج والآباء.

2- لا يستطيع في بعض الأحيان ضبط البيئة الأسرية أو تغييرها.

سابعا: العلاج بالفن.

يعد الرسم عمل فني تعبيري يقوم به الطفل، وهو بديل عن اللغة، وهو شكل من التواصل غير اللفظي، وأيضا شكل من أشكال التنفيس، فالأطفال عن طرق الرسم يعكسون مشاعرهم الحقيقية تجاه أنفسهم والآخرين، ومن ثم كانت الرسوم وسيلة ممتازة لفهم العوامل النفسية وراء السلوك المشكل، وأثبتت الدراسات التحليلية للأطفال أننا نستطيع من خلال الرسم الحر الذي يقوم به الطفل أن تصل رأسا إلى لا شعوره، والتعرف على مشكلاته وما يعانيه، وكذلك التعرف على ميوله واتجاهاته ومدى اهتمامه بموضوعات معينة في البيئة التي يعيش فيها، وعلاقته بالآخرين سواء في الأسرة أو الرفاق أو الكبار.

واستخدام تكنيك الرسم غير مقتصر على الأطفال، وإنما يمكن استخدامه أيضا مع الراشدين وكذلك مع الأشخاص الخجولية، بخاصة الذين لا يرغبون في الحديث المباشر عن مشكلاتهم، وعلى هذا يكون الرسم أداة مناسبة لإقامة الحوار وتحقيق التواصل مع كل الأشخاص على حد سواء، حتى أولئك الذين لا

يجيدون الرسم، لذا يوصي بعض علماء النفس بترك دفتر الرسم إلى جوار المريض في الجلسات العلاجية (بطرس، 2007).

وأخيرا :

هناك أساليب علاجية نفسية عديدة بالإضافة إلى ما تم ذكره سابقا، وهو العلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز، والعلاج الوجودي الإنساني. (العناني، 2005)



11

الفصل الحادي عشر

دور المجتمعات في الوقاية من الضغوطات النفسية



دور المجتمعات في الوقاية من الضغوطات النفسية

مقدمة:

لقد اهتم علم الصحة النفسية اهتماماً كبيراً بالوقاية من الاضطراب والمرض النفسي، أو ما يطلق عليه البعض (التحصين النفسي)، وكلنا نعرف المبدأ الذي يقول: الوقاية خير من العلاج، والوقاية في حد ذاتها من المرض النفسي لا بد من معرفة أسباب المرض وإزالتها، ونعمل على ضبطها والتقليل من آثارها وتهيئة الظروف التي تحقق الصحة النفسية.

ولكي تتحقق لنا الصحة النفسية يجب أن نعطي اهتماماً كبيراً ببناء شخصية الفرد، حيث أنه يجب الاهتمام البالغ بتنشئة الفرد، وتربيته وتعديل سلوكه وتحقيق إنسانيته. Sicatring.htm wwwt.hmc.org.99thmc/health/37th/islam

إن الأطفال هم المستقبل، وأمل الأمة، فبرعايتهم، وتربيتهم وتنشئتهم التنشئة السليمة وتعليمهم التعليم الجيد، وإشباع حاجاتهم الفسيولوجية، والعقلية، والوجدانية وتدريبهم تدريباً صحيحاً، وحل مشاكلهم وشغل أوقات فراغهم بكل ما يفيدهم، والاستفادة من طاقاتهم بالدرجة المناسبة، وتوفير البيئة الصالحة لهم، تسهم في اكتمال نموهم وتفتح مواهبهم، ونضج عقولهم، وتكوين جيل صالح.. يستطيع أن يواجه ما سيأتي به الفرد القادم من تطورات وتغيرات وتكنولوجيات... يمكن أن يشاركوا في صنعها بأنفسهم ليضمنوا مكاناً لهم في عالم جديد يدرك أهميتهم ويسعى إلى الارتقاء بهم وتوفير عناصر الأمان لهم.

فالإنسان يولد طفلاً سوياً يسعى للحياة والحفاظ على وجوده فيها، وفي تلك الأثناء يسلك دروباً متباينة لتحقيق أهدافه، والواقع يخبرنا بأن ليس الإنسان وحده المسؤول عما يصل إليه من خبرات أو سلوك سوي أو مرضي، إنما الأسرة والمجتمع لهما الدور الأكبر في تشكيل شخصية الطفل وخاصة وأننا نعلم استحالة عزل الطفل أو الإنسان عن مجتمعه فلا يمكن أن نتخيل مطلقاً أن عالماً استطاع أن

يصنع شخصية طفل في المعمل، أو أسرة استطاعت أن تعزل أطفالها في بوتقة بعيدا عن تأثير المجتمع، لذا كان ضروريا الاهتمام بالطفل، فالطفل ليس راشدا لكن من خلال نموه يدخل إلى عالم الراشدين، حيث يسعى إلى تمثيل سلوكهم، ويتفاعل مع الأحداث المحيطة به ويتساءل عن ما يحيط به من الأمور، ويتضح هذا من خلال أسئلة الأطفال ومطالبهم ومحاولاتهم ليظهروا بمظاهر الكبار.

لذا لا بد من التعرف على حاجات ومشكلات هؤلاء الأطفال والاهتمام بإشباع حاجاتهم، وتزويدهم بالخبرات المناسبة للمراحل العمرية التي يمرون بها، فالأطفال شريحة متغيرة متفاوتة الأعمار، والشخصيات، والملامح، ومن ثم الاهتمام بالطفل ومفهومه وتربيته وتنشئته وإدراك لغته الخاصة به، والسلوك الذي يتصرف به من خلال قدراته. (الشريف، 2004)

تعريف التنشئة الاجتماعية: التنشئة الاجتماعية هي منظومة العمليات التي يعتمدها المجتمع في نقل ثقافته بما تنطوي عليه من مفاهيم وقيم وعادات وتقاليد إلى أفراده.

أما دوركهايم فهو أول من استخدم مفهوم التنشئة الاجتماعية (Socialization) **فيعرف التنشئة الاجتماعية لغايات التربية:** أن الإنسان الذي تريد التربية أن تحققه فينا ليس هو الإنسان على غرار ما أودعته الطبيعة الإنسانية، بل على غرار ما يريده المجتمع، فالتربية هي التأثير الذي تمارسه الأجيال الراشدة في الأجيال التي لم ترشد، وتكمن وظيفتها في إزاحة الجانب البيولوجي من نفسية الطفل لصالح نماذج من السلوك الاجتماعي المنظم.

- التنشئة هي العملية التي يتم فيها ومن خلالها دمج ثقافة المجتمع في الفرد ودمج الفرد في ثقافة المجتمع، وهي وفقا لهذا المعنى العملية الجدلية التي تربط بين الفرد وبين ثقافة المجتمع وهي العملية التي يتم فيها بناء الثقافة داخل الفرد (وطفة، 2001).

مفهوم التنشئة الاجتماعية من الإطار الاجتماعي النفسي:

إنها العملية التي بواسطتها يتعلم فرد ما طرائق مجتمع أو جماعة حتى يستطيع أن يتعامل معها، وهي تتضمن تعلم واستيعاب أنماط السلوك والقيم والمشاعر المناسبة لهذا المجتمع أو الجماعة، أو العملية التي يكتسب الطفل بموجبها المثيرات الاجتماعية كالضغوط الناتجة من حياة الجماعة والتزاماتها، وتعلمه كيفية التعامل والتفاهم مع الآخرين.

أما مفهوم التنشئة من الإطار النفسي فهي كل العمليات التي يكتسبها الفرد في دوافعه وقيمه وآرائه، ومعتقداته ومعاييره وسمات شخصيته.

فعملية التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم وتعليم وتربية، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكاً ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية تيسر لـه الاندماج في الحياة الاجتماعية العامة، وتتأثر مباشرة بعوامل من داخل أحد الأبوين (شخصيته)، ومن الطفل نفسه الصفات الفردية للطفل، ومن البيئة الاجتماعية التي تتداخل فيها العلاقة بين الأبوين والطفل، فهي عبارة عن تداخل لمفاهيم اجتماعية نفسية تربوية تصب جميعها في إطار ثقافة المجتمع. (الكندري والرشيدي، 2006)

وصف علماء النفس التربويين أن الطفل يمثل انعكاساً لسلوك أب وقالوا قولتهم الشهيرة: (أرني طفلك أولاً كي أقول لك من أنت)؛ فالآباء سبباً لتكامل أبنائهم النسبي أو تحطيم شخصياتهم. (حمزة، 2001)

وتعد مراحل الطفولة بصفة عامة (فترة حرجة) يتوقع فيها أن يواجه الأطفال بعضاً من الصعوبات أو المشكلات أو بعضاً من الاضطراب أو عدم الاتزان خلال عمليات التوافق مع البيئة، وضغوطها، وقد تنطوي هذه الصعوبات أو الاضطرابات على ما يعرف بالمشكلات العادية أو الطبيعية، أي الناتجة عن طبيعة التغيرات النمائية لمرحلة الطفولة وما قد يعترضها من ضغوط في بيئة الطفل، ومن المعروف أن الأطفال يعانون كما يعاني الكبار من مشكلات نفسية تؤثر في سلوكهم وتتحكم بتصرفاتهم كالعصبية والخوف والخجل والكذب والعناد .. الخ

والنمط العادي أو الطبيعي من مشكلات الصحة النفسية عند الأطفال يتطلب تدخلاً مبكراً بأساليب ملائمة للوقاية من تفاقم المشكلات.. (الببلاوي، 1995).

في ضوء الاهتمام بالأطفال والتنشئة الاجتماعية السليمة لهم من جميع الجوانب الثقافية والاجتماعية وتزويدهم بالقيم الإيجابية، والتي تقدم لهم من مصادر متنوعة مثل الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام، كان من الضروري التعرف على رؤيتهم الخاصة بهم، أو بمعنى آخر كيف ينظرون إلى العالم المحيط بهم وانعكاس الظروف، والأوضاع السائدة عليهم، وعلى تصورهم للواقع الذي يعيشون فيه، ورؤيتهم المستقبلية. (الشريف، 2005)

الضغوط النفسية للأطفال ضمن العائلة:

ظروف الحياة الأسرية مفعمة بالمواقف التي تثير لدى الأطفال التوتر النفسي، لكن بعض هذه الظروف يمكن أن يثير شحنة كبيرة من الضغط، ما يجعلها تستدعي المزيد من حرص وانتباه ذوي الطفل، ومن هذه الحوادث نذكر على سبيل المثال ولادة طفل جديد في العائلة، التنقل والترحال، الطلاق، وفاة أحد أفراد الأسرة.

كل من هذه الحوادث يمكن أن تثير بوادر ضغط نفسي مرتفع لدى الطفل، فالطلاق يسبب الخوف من فقدان أحد الوالدين، والوفيات والوداع يسببان الألم والحزن ممزوجين في كثير من الأحيان بالغضب بسبب شعور الطفل بالعجز أمام رغبته بالقيام بأي شيء حيال ذلك، ويقود تغيير الإقامة وتبديل ظروف الحياة اليومية في الأغلب إلى عدم الثقة والأمان وإلى التساؤل عما إذا كان الإنسان قادراً على مواجهة الظروف الجديدة. أما ولادة طفل جديد في العائلة فإنها قد تستثير في الطفل مشاعر فياضة من الغيرة والرفض والشعور بتهديد مكانته التي أحرزها في أسرته من قبل، ويأتي تفكك العلاقات بين أفراد الأسرة ليقود في كثير من الأحيان إلى ضغوط نفسية مزمنة للطفل قد تؤدي إلى أضرار دائمة عنده، إنه شيء مهم بالنسبة للوالدين عند الأحداث الحرِجة والطارئة عدم إهمال الطفل

بل مواساته ومساعدته لتجاوز هذه الظروف، وهذا عندما لا تجدي المناقشة أو أية تدابير أخرى داخل العائلة في إحداث التغيرات المرجوة في تجاوز هذه الأزمة، يفضل طلب المساعدة الخارجية مثل مكاتب الإرشاد النفسي التي يمكن أن يكون لها دور فعال في حالات كثيرة .

ومن المعروف أنه لا يوجد عوامل محددة تسبب دائماً ولدى كل الأطفال ضغوط نفسية، فأي حدث قد يسبب ضغطاً نفسياً للطفل يتوقف على ذلك أمر أساسي هو كيفية تعامل الطفل مع هذا الحدث، فالطفل الذي حصل على علامة سيئة وهو يعرف أن ذلك لن يثير غضب الآخرين من حوله لن يعاني ضغطاً بسبب هذه العلامة، في حين يمكن أن تسبب العلامة نفسها ضغطاً نفسياً عند شخص آخر واقع تحت ضغط متزايد من قبل الأهل (طنجور، 2001).

يمكن أن نلقي اللوم على المجتمع والحياة المعاصرة وتعقيداتها ومتطلباته، ولكن هذا الإسقاط لا يفيد عندما نحاول البحث عن وسائل للتغلب على هذه الضغوط لأننا لا نملك تغيير المجتمع ولا الحياة من حولنا إلا بقدر ما نغير من أنفسنا وأسلوبنا في هذه الحياة والتعامل مع المجتمع من حولنا. (www.najahteam.com)

لقد زاد الاهتمام بدراسة أثر الخبرات التي يمر بها الأطفال أثناء الطفولة على النمو النفسي والصحة النفسية لديهم، فضلاً عن دراسة تأثير هذه الخبرات في تكوين الاضطرابات والانحرافات النفسية في مراحل العمر المختلفة، وربطها بالاضطرابات وسوء التوافق في مراحل المراهقة والرشد، وإن فقدان الطفل لأحد أبويه يمكن أن يؤدي إلى شعور الطفل بعدم الأمان والقلق والاعتماد على الآخرين، وإن مفهوم الطفل عن ذاته يتشكل ضمن نمط الرعاية المميزة للعلاقات الأسرية، حيث تقوم الأم بالدور الأهم في حياة الطفل أكثر من أي شخص آخر، وإن مواقفها من الطفل ومعاملتها له تقوم بدور رئيسي في نمو شخصيته، كما أن فقدان الأب له تأثير كبير على شخصية الطفل، إذ يعتبر فقدانه من مسببات القلق، وفي مرحلة المراهقة تتضح هذه الأهمية بصورة أكبر، حيث يكون المراهق في أمس الحاجة إلى الحماية والثقة في مواجهة الأزمات التي يمر بها (بارون، 2005).

التوتر عند الطفل:

التوتر مرض عارض يصيب نفسية الطفل لأسباب متعددة، ويرافقه طيلة يومه ولا ينفك عنه فيفقد نشاطه ومرحه وتفتحه للحياة، ويختلف تماماً عن الغضب، ولأن أكثر الآباء لا يميزون بين الغضب والتوتر عند الطفل، لذا نطرح أهم مظاهر هذا المرض، حتى يمكن للوالدين تشخيص حالة المرض عند أبنائهم وهي كالتالي:

1- ضعف ثقته بنفسه.

2- الخوف (بطرس، 2007).

أسباب التوتر:

يجدر بالآباء الوقاية من المرض، وذلك بمعرفة أسبابه وهي كالتالي:

- **التعامل معه بجدة:** إن نفسية الطفل لا تختلف عن الكبير، ولذا يكون ما يزعجهم يزعجنا، فالأم حين يتعامل أحد معها بجدة، كأن يطلب الزوج منها أن تفعل كذا، ويقولها بعصبية وقوة، بشكل طبيعي تصيبها حالة التوتر، إضافة إلى عدم الاستجابة للفعل، والأب كذلك حين يطلب منه رئيسه في العمل إنجاز أمر بصرامة وعصبية، وهكذا الطفل يصيبه التوتر حين تقول له الأم بجدة إخلع ملابسك بسرعة؛ لا يعلو ضجيجك، انتبه من الطعام بسرعة؟... (بطرس، 2007).
- **تعرضه للعقوبة القاسية:** إن استخدام الوالدين للعقوبة القاسية المؤذية للجسد أو النفس، كالضرب أو التحقير أو التثبيط، تؤدي إلى توتر الطفل في المرحلة الأولى من عمره.

وتعددت مؤشرات الإيذاء النفسي الاجتماعي للطفل، ويمكن إجمالها بما يلي:

1- الحرمان من التغذية والصحة.

2- الحرمان من التعليم.
3- الحرمان من الرعاية الأسرية.
4- الحرمان من الشعور بالأمن النفسي.
5- الحرمان من حق التقدير. (حمزة، 2001)

فن تربية الأطفال:

إن التربية أي تربية فن وعلم، الفن بالإشارة إلى الصفة الشخصية في التربية، إلى كون التربية تقوم على أساس من حدس المربي وتحسسه وحسن تقديره للموقف ومطالبه وما يلائمة وما ينافيه، وما يحسن في الحاجة الخاصة أو لا يحسن فيها.

ثم إن التربية علم لأنها تقوم على أساس من معطيات علم النفس، ومبادئ علم الاجتماع وقواعد المنطق ونواميس الأخلاق...

وبهذا المعنى تكون التربية أمرا جميلا وصعبا في الوقت نفسه، لذيذا وشاقا في الزمان عينه، وبهذا المعنى أيضا تكون الأبوة والأمومة ومن بعدهما كل ضروب التربية والتعليم فنا وعلما في آن واحد معا.

إن تربية الأطفال فن – والفن يتعلمه الحاضر من السابق، والقراءة على سبيل ذلك، وكذا الأحاديث بين الأمهات، ولكن ليس كالخبره معلما، وكل ما تقرأ الأمهات من قواعد في كتب، إنما هي نصائح عامة نتيجة خبرة الناس والعلماء، ولكن نصائح يجب أن تتعدل تحت ظروف الخبرة التي تتلقاها الأمهات (كيال، 1993).

ومما لا شك فيه أن النمو السليم للطفل والتربية الصحيحة تتوقفان على كفاءة من يتولى أمره بالرعاية، وبالأخص الوالدين اللذان يعتبران أهم المؤثرات الاجتماعية التي تلعب دورا أساسيا في تربية الطفل وتنشئته (توفيق، 2001).

أما في علاقة الطفل بالآخرين فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الطفل قد يتأثر تأثيرا واضحا بالمربية وخصائصها الشخصية، فالمربية المتفائلة التي تتعامل

مع الأطفال بمحبة تقوم بتنظيم النشاطات لإتاحة الفرصة لكل طفل ليعبر عن ذاته بعيدا عن التوتر والعدوان، وتتمكن من إشاعة جو المودة والألفة بين الأطفال ومن تحقيق الإطار الاجتماعي الانفعالي المناسب للعملية التربوية (قنطار، 1998).

ويركز فرويد على أهمية التوحد أو التقمص في عملية التنشئة الاجتماعية ويعرف التقمص بأنه عملية نفسية يتمثل فيها الفرد مظهرا من مظاهر الآخر أو خاصة من خواصه أو صفة من صفاته، وتتيح عملية التقمص للفرد أن يتمثل أدوارا اجتماعية جديدة وأن يستبطن مفاهيم وتصورات وقيم المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك عبر سلسلة من العلاقات التي يقيمها الفرد مع الأشخاص الذين يحيطون به والذين يشكلون موضوع تفحصه أو نماذج لسلوكه، وتبرز أولويات التنشئة الاجتماعية عند فرويد في نظريته حول مكونات الشخصية وفي جدل العلاقات القائمة بين هذه المكونات الذي يبرز أهمية العلاقة بين الجانب البيولوجي والجانب الاجتماعي، فالهو (Le ca) ينطوي على الحالة الفطرية الأولية عند الكائن، بينما يشكل الأنا الأعلى (Le sur-moi) الجانب الاجتماعي الثقافي في شخص الفرد ويرمز إلى العادات والتقاليد الحميمة السائدة في المجتمع.

وبالتالي فإن التفاعل الذي يتم بين الأنا الأعلى والهو عبر تدخل الأنا يمثل الجانب الأساسي في عملية التنشئة الاجتماعية، وعن طريق تفاعل بين عضوية الكائن وثقافة المجتمع يستطيع الفرد أن يكون اجتماعيا وأن يحظى بعضوية الجماعة. (وطفة، 2006).

أهم المؤسسات للتنشئة الاجتماعية

تعتمد عملية التنشئة على مجموعة من المؤسسات حيث تتداخل أدوارها تبعا لمدى علاقة الفرد بها من ناحية الزمن، أو المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد في أثناء علاقته بهذه المؤسسات.

وتتعدد وتتنوع أدوات ووسائل التنشئة والمؤسسات التي تقوم بها، وتتراوح بين الأسرة والمدرسة، وجماعات الرفاق، ووسائل الاتصال، وخبرات العمل، ومن أهم المؤسسات ما يلي:

1- الأسرة:

الأسرة هي الجماعة الأولى التي تستقبل الطفل وليدا، وتتمثل الأسرة بالنسبة لأطفالها الصغار كل العالم المحيط بهم، وهو التي من خلالها تبدأ عملية التنشئة، فالأسرة تلعب دورا مهما في تكوين وتشكيل الشخصية والاتجاهات (العطار، 2006).

وتعتبر الأسرة نظاما متكاملا تضم مجموعة من الأفراد تربطهم علاقات حميمة، ولعل القول بأن الطفل يؤثر على أسرته لا يقل صحة عن القول عن الأسرة تؤثر على طفلها، والأسرة هي المسؤولة عن تكوين نمط شخصية الفرد، وهي الإطار العام الذي يغطي جميع الأدوار الاجتماعية المختلفة التي يلعبها الفرد على مسرح الحياة، ولذلك تعتبر من أهم العوامل المؤدية للانحراف بما فيها من روابط ومشاعر وبما تشبعه من احتياجات أساسية للطفل، وبالتالي فهي العامل المشترك في طبيعة الجنوح. (الشريف، 2004)

الأسرة واضطراباتها :

الأسرة هي اللبنة الأولى في المجتمع، وأفرادها هم مكونات هذه اللبنة فإذا كان أحد هؤلاء الأفراد فيه نقص أو ضعف، أثر ذلك على قوة اللبنة وبالتالي أثر ذلك على قوة البناء كله وهو المجتمع، لذلك فإن المجتمع المتماسك، هو الذي يسعى دائما إلى العمل على سلامة كل لبناته حتى يكون البناء متينا وقويا، لذا كان من الضروري الحث على كل ما يؤدي إلى سلامة أفراد الأسرة، التي هي اللبنة الأولى في بناء المجتمع، فإذا كان أحد أفرادها في حالة غير طبيعية، حاول الجميع إصلاح ذلك وعلاجه، وإعادته إلى ما حالته الطبيعة، وبذلك تقاوم الأسر الانهيار، سواء انهيارها او انهيار ركن او جزء من اجزاء المجتمع ككل.

فإذا كنا نقول – إن المجتمع كله مسؤول عن سلامة الأسرة وأفرادها، فإن العبء الأول يقع على عاتق رب هذه الأسرة، الذي هو الأب والزوج ،معه الأم او الزوجة، فهما مسؤولان قبل أي أحد آخر عن الأبناء وسلامتهم والعناية بهم، وتنشئتهم حتى يشبوا كبارا نافعين لأنفسهم ولمجتمعهم الصغير الذي هو الأسرة، والكبير الذي هو الوطن – بل ولكل أفراد الإنسانية التي هو أحد أفرادها (سلطان 2005).

وتعد الأسرة الحضن الأول للطفل ومما لا شك فيه أن الطفل السعيد المتوافق نفسيا هو نتاج أسره تتمتع بمثل هذه الخصائص والعكس صحيح، وفي الأسرة التي يمكن أن تنظر إليها كنظام عام مؤلف من عدة انظمه فرعية تلعب فيه أربعة أشكال من الأنظمة الفرعية أو العلاقات دورا أساسيا في تشكيل الصحة النفسية للفرد وتكيفه وهي:

1- العلاقات الزوجية بين الأبوين .

2- علاقة الأبوة البنوة.

3- علاقات الأخوة .

4- العلاقات مع المحيط:اقران – جيران – معلمين – رفاق..الخ .

وهذه العلاقات ذات أهميه بالغة على صحة الطفل النفسية وتوافقه، وهي تؤثر على بعضها بعضا وليست مستقلة في تأثيراتها على الطفل .

فالعلاقات الزوجية الطيبة والقائمة على التفاهم والتكافؤ النفسي والفكري تنعكس إيجابيا على الأبناء، أما الخلافات الزوجية وعدم التكافؤ وعدم الانسجام بينهما سيؤثر بشكل سلبي على تكيف الطفل وتوافقه.

أما علاقة الأب بأبنائه فلها دور عظيم في تكيف الطفل مثلما تفعل علاقته بأخوته (غيث، 2006).

وتعد كثير من المشكلات النفسية للأطفال أو اضطرابات السلوك لديهم نتاجا لاختلال أو توتر في الوضع الأسري أو العائلي، فإذا كان المناخ السائد يعمه عدم الانسجام والنقد الجارح والعقاب البدني والقسوة في المعاملة، فلا بد أن

تكون العلاقات بين الوالدين والطفل سيئة، وخاصة أن سوء معاملة الأبناء يرتبط غالبا بالحالة المزاجية والوجدانية للآباء (توفيق، 2001).

ونظرا لأهمية علاقة الطفل بوالديه عامة وبالأم خاصة يلاحظ اهتمام التقارير الدولية التي تتناول صحة الأم بما هي ضمانة لصحة الطفل، فصحة الأم منذ طفولتها وصولا إلى مرحلة الزواج والحمل والانجاب وتربية الأطفال هي ضمانة لإنجاب أطفال أصحاء على أن الأمر لا يقتصر على صحة الأم الجسدية بل كذلك على صحتها النفسية وتوازنها، وأن العلاقة بين الروابط العاطفية الأولى للطفل مع أمه وصحته الجسدية والنفسية ونموه العقلي.

والتربية الخاطئة والتصرف الخاطئ الذي يمارسه الأهل أمام أطفالهم أو معهم، وتوتر شخصية الوالدين تأثيرا كبيرا في شخصية الطفل، فالأم العصبية تعلم الطفل العصبية والتهور، أما الهادئة فتعلمه مجابهة الحياة دون انفعال، وكذلك الأم المتسلطة قد تكون مصدرا لمعاندة الطفل فيقاومها في كل شيء، على العكس من الأم المرنة التي يخضع الطفل لرغباتها عن طريق الإقناع ويأخذ باقتراحاتها.

وفي مرحلة المهد والطفولة المبكرة تلعب الأسرة دورها في إكساب الطفل العادات الانفعالية الثابتة بما يمكن من التغلب على الضغط الانفعالي، والطفل يكون هذه العادات الخاطئة إزاء الأب والأم وبقية أفراد الأسرة مما يساعده على اكتساب العديد من أساليب السلوك الاجتماعي والتوافق مع البيئة الخارجة (توفيق، 2001).

وقد يبدو أن علاقة الطفل بأمه أهم بكثير من علاقته بأبيه، إذ يبدأ في تكوين علاقة الود مع أمه منذ الأسابيع الأولى، والعلاقات النفسية التي يكونها الطفل مع الأم خصوصا في السنوات الأولى من حياته ذات تأثير واضح في تحديد ملامح شخصيته، وهذا ما أشار إليه أديكسون في نظريته إلى أن الطفل يستمد ثقته بنفسه وبالآخرين من خلال علاقته بأمه (توفيق،2001).

وقدمت العديد من النماذج التي تحدد أبعاد الوالدين والعلاقات بين الآباء والأبناء، فقد قدم ديكس (Dix, 1991) نموذجا ذا أبعاد ثلاثة للوالدين وقد احتلت العاطفة في هذا النموذج مركز كفاءة الوالدين، كما ركز النموذج على:

1- الطفل والوالدين والعوامل التي تنشط عواطفها.

2- التأثيرات الدافعية التي تحدثها على الوالدين بمجرد إثارة عواطفهما.

3- العمليات التي يقوم بها الوالدين لفهم العواطف والسيطرة عليها.

ويرى النموذج أن للعواطف ضرورة حيوية للوالدين الفعالة، وعندما يتم استثمار هذه العواطف من خلال الاهتمام بالطفل نكون بصدد والديه فعالة ومستجيبه، وفي الوقت نفسه فإن العواطف يجب أن تتناسب مع الموقف حتى لا تضعف الوالدية فلا تكون أقل أو أقوى من اللازم، أو لا تتماشى مع المهام المطلوبة لرعاية الطفل. (Teodore, 1991)

و تعتبر علاقة الأم العاطفية بطفلها من العوامل الأساسية في زيادة الصحة النفسية وعلاقته بالآخرين، كما أن العلاقة التي تبنى بين الطفل وأمه في الشهور الأولى، والتي قد تمتد إلى سنتين، وما يدور بينهما من تفاعلات عاطفية في عملية إشباع الحاجات الأولية والدفء والنظام، تحدد طبيعة علاقته بالآخرين فإذا كانت آمنة فإن الطفل يطور استجابات انفعالية دافئة مرتبطة بالحب والحنان للأم والأفراد المحيطين به. (WolFgang and Gaisela, 1999)

ونظرا لأن هناك ارتباطا بين إدراك الأمهات للأطفال وبين أنماط شخصيتهم وخصائصهم وما يتطور لديهم من خصائص، فإن من الممكن أن تعكس هذه الخصائص في إدراك الأفراد المحيطين به والذين يتعاملون معه، والذين يقدمون له الخدمات، وأسلوب تعامله معهم (توفيق، 2001).

إن علاقة الطفل الأولى بالأم ربما اعتبرت هي الأساس في بناء صرح العلاقات الاجتماعية لكل طفل وتصقل من خلالها جوانب شخصيته وسلوكه، ومن الجوانب الرئيسية في استقرار سلوك الطفل واتزان استقرار الحياة الأسرية، فموقف الوالدين ونواحي شخصياتهم وتوافقهم النفسي ومستواهم الاقتصادي والثقافي وقيمهم في الحياة، عناصر تؤثر أيضا في سلوك الطفل. (توفيق، 2001)

وتقوم الأم بدور مهم، إذ أنها تتعامل مع الطفل وفق تنظيم الأسرة، ونظرا لكون الأم مصدر الأمن والدفء والحنان فإن الطفل يستقي أمنه وحبه من هذا

المصدر، وهذا يسوغ أهمية وجود الأم أمام ناظري الطفل، وفي متناول عينيه ويديه، ويستمتع بحديثها ويهنأ بـالنظر إليـها، ووجـود الأم وتفاعلـها المسـتمر مـع الطفـل يساعد على تطور الطفل انفعاليا واجتماعيا وفق ظروف آمنة. (Hoffman, 1999)

الأم هي محور العلاقات بين كل أفراد الأسرة، ولذلك، فإن غيابها مع عدم وجود البديل لرعاية أطفالها الصغار يؤثر على التكوين النفسي لهم وخصوصا إذا كانوا في سن مبكرة تحتاج لوجود الأم الدائم لتوفير الرعاية، فوجـود الأم بجـانب صغيرها يشعره بالأمان، فينمو نموا طبيعيا بعيدا عن المؤثرات النفسية الـتي تصيبـه بالألم نتيجة لإحساسه بفقدان حنان الأم. (الجبالي، 2005)

إن سوء توافق الأطفال قـد يرجـع إلى اسـتجابات الآبـاء والأمـهات غـير التربوية: الإهمال والسخرية من الطفل، واستخدام العقـاب البدنـي، والصـراخ الحاد في وجه الطفل، وعدم تقديم المكافأة عنـد اللـزوم، والتشـاجر مـع الزوجـة (الزوج) أمام الأولاد، ووصف الأطفال بصفات سيئة، وعدم السـماح للأطفـال بممارسة الهوايات وعصبية الأم والأب (توفيق، 2001).

تقول الدكتورة فالي نشابة: (إن التربية التي تشدد على العقوبـات قـد تحـدث عدوانية كبيرة عند الطفل حتى ولو كان العقاب غير جسدي واقتصر على حرمانـه من الحب، وكل تربية تستند أساسا على العقاب تولد معاناة مستمرة لخيبـة الأمـل عند الطفل، وعندئذ، يفقد الطفل الحس بالأمان وتقدير الذات) (بندلي، 1994).

اسباب تصدع العلاقات الفردية والعائلية على الطفل والمراهق:

1- العوامل الاجتماعية:

أ- انهيار الجو الأسري بسبب:

1- موت الأب أو الأم.

2- هجر أحد الوالدين أو كلاهما للطفل.

3- الانفصال أو الطلاق.

4- سجن الوالد.

ب- الحالة الأخلاقية في الأسرة:

1- الإدمان على المخدرات وشرب الخمر.

2- سجن الزوج أو الزوجة.

3- عدم أمانة أحد الوالدين.

جـ- الحالة الاقتصادية للأسرة:

1- الفقر.

2- البطالة.

3- عدم وجود المسكن.

4- ازدحام المنزل بالسكان وانعدام الراحة فيه.

2- العوامل النفسية: إن اضطراب الروابط الانفعالية بين الزوجين بسبب ما يسيطر عليهما من اتجاهات نحو الوالدين أو نحو الزوجة أو بسبب تكوينهما النفسي الشاذ غالبا ما يكون عاملا في انحلال الروابط الأسرية، الأمر الذي سيؤدي إلى سوء العلاقات الانفعالية التي تنشأ إما بين الأبوين من جهة، أو بين الأبوين والطفل من جهة أخرى، كثرة شكوى الآباء من الحياة ومن مسؤولياتها ... ومن مطالبها أمام الأولاد، الزوجة الهستيرية - العصبية - هذه الزوجة تكون دائمة الشكوى من صحتها، دائمة التردد على الأطباء.... الزوجة المسترجلة تعتبر مصدر من مصادر القلق والاضطراب في الحياة الزوجية.

إن الأسرة كائن حي يولد يحيا ويموت، وإنه يعيش ويتغذى من العناية والتضحيات اليومية بين الزوجين، وإن المشاكل اليومية التي تحدث بينهما، بسبب مشكلاتهم الانفعالية كثيرا ما تؤدي إلى مثل هذا الكائن الحي وإضعافه، والمهاترات بينهما تؤدي إلى الإهمال ويكون ذلك كله على حساب الأولاد (كيال، 1993).

أن نمو الأطفال يكون سليما إذا توفرت الشروط التالية:

1- حنان الأبوين الحقيقي المستمر بما يكفل للطفل الشعور الراسخ بأنه آمن

ومرغوب فيه، ويعني هذا الحنان أن الأبوين حريصان على تنمية روح الاستقلال في أبنائهم.

2- منهاج تربوي ثابت لا تناقض فيه، يشترك في تطبيقه كلا الأبوين، انطلاقا من احتياجات الطفل وبصرف النظر عن راحة الأبوين وأهوائهما.

3- تفهم كاف للأطفال وتسامح بالنسبة إلى تصرفاتهم بحيث يستطيع الأبوان الوقوف على حاجة الطفل الحقيقية وبواعثه الدفينة.

4- استعداد الأبوين للرجوع إلى الأخصائيين والاسترشاد وبآرائهم ونصائحهم حين الحاجة (كيال، 1993).

الأمور التي يجب ان تتوفر في جو الأسرة التي تساعد على النمو الصحيح:

1- أن يشعر الطفل أنه مرغوب فيه محبوب، أي إشباع حاجة الطفل النفسية إلى العطف والمحبة.

2- ألا تصدم الطفل بأمور لا يفهمها أو يصعب عليه القيام بها حتى لا يصل اليأس إلى نفسه، فتشجيع الطفل أثناء اللعب ومشاركة رفاقه في لهوهم ومسراتهم له أثر كبير في نمو قدراته وتطورها.

3- في محيط الأسرة يتعلم الطفل كيف لا يكون أنانيا، أي تعلم كيف يحترم حقوق الغير، وكيف يتلاءم مع غيره من أفراد الأسرة، كما أنه يكون بعض الاتجاهات بطريقة لا شعورية.

4- عن طريق الأسرة يتعلم الطفل الكثير من العقائد والمخاوف والأفكار التي تدل على التسامح أو التعصب. (زيدان، 1985)

ويذكر روتر (Rutter) أن نظرية التعلم تؤكد على ست حاجات يحققها التعلم الاجتماعي وهي:

1- تأكيد المكانة الاجتماعية.
2- الحماية الناتجة عن القلق.
3- السيطرة.
4- الاستقلال.
5- الحب والعطف.
6- الراحة البدنية.

حيث أن التعلم الاجتماعي الذي تحققه هذه الحاجات ينمو بالتنشئة الاجتماعية إلى وجهتها الصحيحة. (عبد اللا، 2001)

العوامل التي تؤثر في تنشئة الطفل ونموه ومعاملته داخل الأسرة فهي:

إن أساليب التنشئة التي يتبعها الوالدان في تنشئة أبنائهما وخاصة في السنوات الأولى من العمر تؤثر بطريقة أو بأخرى على تكوينهم النفسي والاجتماعي والعقلي، وعليه فإن الأساليب المتبعة مع الأبناء تختلف باختلاف الأسرة ونمطها، بالإضافة إلى أحداث الحياة والظروف الاجتماعية البيئية حيث تعتبر جميعها عوامل أساسية تلعب دورا مهما في التعرض للضغوط والتي قد تؤدي إلى سوء معاملة للأبناء، فالضغوط التي قد تتعرض لها الأسرة تؤدي إلى خلل في كيانها وطريقة تكيفها، ومن الظروف المؤثرة على مسار الأسرة فقدان المعيل، والمقصود به الأب أو الأم لأي سبب من الأسباب. (الكندري والرشيدي، 2006).

ويعتمد تقيم المشكلات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال عادة على تقدير الراشدين ذات العلاقة بهؤلاء الأطفال (Kazdin and French, 1987)،لذلك فإن هناك أهمية في إدراك الوالدين لطبيعة المشكلات التي قد يعاني منها أطفالهم، وأن تكون تقديرات الوالدين لهذه المشكلات ووجودها تتفق مع تقدير الطفل للمشكلة وكذلك المختصين بما يسمح بتشخيص المشكلة تشخيصا سليما. (هادي، 1999).

أما أهم العوامل فهي:

1- الوضع الاجتماعي - الاقتصادي.

2- المستوى التعليمي للوالدين.

3- طبيعة العلاقة بين الوالدين.

4- ترتيب الطفل بين أخوته.

5- جنس الطفل.

6- اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

7- عمل الأم. (محرز، 2003)
8- حجم الأسرة وتركيبها.
9- ظروف السكن.

أهم المبادئ العلمية للأبوة فهي كما يلي:

1- السعي لتفهم الطفولة وإدراكها.
2- معرفة حاجاتها الأساسية ومتطلباتها الفردية.
3- توفير الجو المعتدل والمتوازن بين الحماية من جهة التحريض والدفع من جهة أخرى.
4- تقبل الأطفال دون رفضهم أو تعريضهم للإذلال.
5- اتخاذ مواقف ثابتة قدر الإمكان من غير تذبذب أو تناقض.
6- حمل الأطفال على (الانضباط) والطاعة المبصرة.
7- التربية الاستقلالية للأطفال.
8- الثواب والعقاب. (السبيعي، 1981)

وحاولت بعض الدراسات النفسية وضع نماذج متكاملة للوالدين، وقد ظهرت فكرة هذه النماذج من دراسة سينثيا (Cynthnia) وقد قدمت نموذجا للوالدين يتضمن أربعة أبعاد الشخصية الأم:

1- القدرة على التعلم.
2- الاستعداد المعرفي للوالدين.
3- التوافق النفسي.
4- الصحة الأمومية.

ويفترض هذا النموذج أن هذه الأبعاد تتفاعل مع شخصية الأم كذلك مع السياق الاجتماعي الذي تحدث فيه العلاقة بين الأم والطفل بما يؤثر في الدور الوالدي للأم وكذلك في نمو الطفل. (Lawrence, 1992)

من أساليب التنشئة الأسرية ما يلي:

1- ممارسة الأساليب الأسرية السوية في تنشئة الأبناء، أي البعد عن التسلط أو القسوة، والتذبذب في المعاملة، والمفاضلة بين الأبناء، والتدليل الزائد، والحماية المفرطة.

2- تشجيع الاختلاف البناء.

3- تقبل أوجه القصور.

4- وجود هوايات لدى الأبناء.

5- توافر جو من القبول والأمان وعدم الإكراه.

6- إتاحة الفرصة للاستقلالية والاعتماد على الذات.

7- الاتجاه الديمقراطي والايجابي نحو الأبناء.

8- الانفتاح على الخبرات.

9- تعويد الطفل على التعامل مع الفشل والإحباط.

http//childhood. gov.sa/vb/archieve/

2- المدرسة:

هي مؤسسة من مؤسسات التنشئة، تنفرد بوضع مميز، لأهمية الدور الذي تلعبه، وذلك من خلال ما يتلقاه من برامج دراسية خلال فترة التعليم، ومن خلال أنشطة الخدمة الاجتماعية المدرسية. (العطار، 2006)

والمدرسة من أهم وسائط التنشئة الكاملة، حيث يبدأ الطفل، في عمر الأربع سنوات مرحلة رياض الأطفال، ثم في الست سنوات مرحلته الابتدائية، حيث يقضي ما بين (5-7) ساعات يوميا بين جدران المدرسة بعيدا عن الأسرة، وبعيدا عن الأم والأب، فتصبح المدرسة بيته الثاني، ويصبح المعلمون والمعلمات بمثابة الآباء والأمهات أو القدوة أمامهم، ويصبح الزملاء في الصف الدراسي بمثابة الأخوة.

ويختلف مناخ المدرسة عن المناخ العائلي بالمناهج المقررة والأنشطة المتنوعة ثم النظام، واحترام النظام الاجتماعي والتعاون وتوزيع المسؤوليات والاختصاصات وتعليم قيم البذل والعطاء وممارسة الهوايات.

وقد برز دور المدرسة نتيجة لإتاحة الفرصة لجميع الأطفال بالالتحاق بالمدرسة بل وإجبارهم على ذلك من خلال التعليم الإلزامي، وبذلك يزداد دور المدرسة أهمية وقوة في التأثير على التنشئة المتكاملة للطفل عموما، وبالتالي التأثير على تنمية قدراته نحو الخلق والتفكير الجيد. (عبد الكافي، 2004)

التفاعل بين المعلمة والأطفال من خلال الاتصال والتواصل يسمح للمعلمة بالقيام بأدوار عديدة وأداء مهام تربوية كثيرة أثناء تفاعلها مع الطفل.....

على المعلم أن يقوم بما يلي:

1- القيام بتعزيز ثقة الطفل بذاته وقدراته وإمكاناته ومهاراته المختلفة، وتنمية مفهوم ذات إيجابي لديه.

2- أن تقوم على العمل على إشباع حاجاته الاجتماعية والنفسية والأمنية والتعليمية وتساعده على تحقيق مطالب النمو أثناء وجوده في المدرسة.

3- الاهتمام بمراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.

4- يجب الاهتمام بتنمية الابتكارات الجماعية لدى الأطفال باستثمار قدراتهم الخاصة.

5- الاهتمام بالمهارات الأدائية والاتصالية.

6- استخدام استراتيجيات تدريس مناسبة وإجراء تجارب عملية واكتساب المهارات والاتجاهات الايجابية لدى الأفراد.

7- زيادة حيوية الأطفال في المواقف التعليمية الإثرائية.

8- اهتمام المعلم بمهارات الاتصال مع أولياء أمور الأطفال. (عبد الكافي، 2004)

وظيفة المدرسة في رعاية مظاهر النمو:

1- الإكثار من أنواع النشاط المدرسي والرحلات والأعمال الجماعية.

2- استغلال ميل الطفل الجماعي في العمل المشترك وتقويم أخلاقه وتعويده تحمل المسؤولية، والشعور بالواجب، واحترام النظام والقانون وهو ما يسمى (الأسلوب الغير مباشر في التربية الخلقية).

3 - تقدير فردية الطفل هام جدا وتنمية التعبير على الرأي.

4- تعليم الطفل الأخذ والعطاء التي تقوم عليها الحياة الاجتماعية بين الرفاق وطريقة تكون الأصدقاء.

5- تنمية الميول الناشئة.

اهم العوامل المدرسية ذات الأثر المباشر في تكون شخصية الطالب:

1- الروح المدرسية العامة: ما يسود بها من استقرار أو اضطراب، المعاملة فيها شدة أو لين.

2- المدرس: يمتد أثر المدرس في النواحي المعرفية والثقافية وما ينتقل إليه عن طريق التقليد.

3- النجاح المدرسي، النجاح بحد ذاته ذا أثر كبير في تكوين الشخصية فهذا يعطيه الشعور بالإرتياح والثقة بالذات. (زيدان، 0000)

سوء التوافق في المدرسة :

1- المدرسة والبيت: عند إدراك الطفل ميزة الذهاب للمدرسة أنها انفصال عن الوالدين والخضوع لنظم وضعتها جماعة غير الأسرة وعليه أن يشارك في نشاطات الجماعة، تظهر لديه بعض المشاكل واضطراب في العلاقة ونقص التعاون.

2- المعلمون : سوء التوافق للمعلم نفسه، وضعف ثقته بنفسه وممارسة التهديد والعنف والتوبيخ، يؤدي إلى سوء التكيف لدى الطفل.

3- العلاقة بين الطلبة والمعلمين: يستخدم المعلمون أساليب متنوعة في الإدارة الضعيفة، ويكونوا في الصفوف في أجواء تباين بين المتسامحة، المحبة، المهملة، المتسلطة، فإن هذه الأساليب ستترك أثرا على الطفل وعلى تكيفه فالتسلط والشدة يزيد من الخضوع، كما قد تقود إلى التمرد والعصيان والعداء تجاه المعلمين، أوالجوالمتساهل دون ضبط وبمقدار عال من الحرية يجعل الطلبة يتحركون في وسط الفوضى وعدم الانضباط.

إن القيادة الديمقراطية وأجواء الحرية المسؤولة والقواعد المنضبطة تترك آثارا فيه وإيجابية حيث تساعد الطلبة على التكيف داخل الصف وخارجه. (غيث،2006)

تناقض شخصية الطفل :الصبي المشاكس الذي يعاند والديه ،ويضرب إخوته في البيت ،قد يتحول إلى ولد مهذب في المدرسة ،إذا تعهده أحد مدرسيه بالنصح والإرشاد ،وقدم في ما افتقده في البيت من عذاب بمشاكله .

أن ما يحدث التناقض الغريب بين شخصية الطفل مع والديه وبين شخصيته في المدرسة ،إذا غفل الأبوين عن الاهتمام بمشاكله والعمل على علاجها .

لذلك فلا بد أن يكون هناك تعاون تام بين البيت والمدرسة في إصلاح كل اعوجاج يطرأ على سلوك الأطفال وتصرفاتهم ،حتى لا يشعر الطفل أن المدرسة قد أعطته شيئا افتقده في بيته ،أو أن البيت يعطيه أشياء يجد نفسه محروما منها في المدرسة .

وهذا السبب هو الذي يدفع ببعض الأطفال إلى كراهية المدرسة في كثير من الأحيان (كيال، 1993).

الوقاية من الضغوط النفسية

نظرا لدور التربية الرائدة في مواجهة مشكلة التدخين وإدمان المخدرات، فللتربية الوقائية دور هام في الوقاية بالأخطار من التدخين وتعاطي المخدرات،

والتوعية وإكساب الطلاب المفاهيم المرتبطة بهما، ومن أهم الأسباب الكامنة وراء تفاقم المشكلة هو تدني وعي كثير من الأفراد والطلاب بصفة خاصة بخطورتها، إضافة إلى إغفال محتوى المناهج الدراسية لتلك المشكلة ومحاولة الوقاية منها. (صقر، 2004).

كيفية التعامل مع التوتر والضغط:

- حدد مصادر التوتر في حياتك، وأدرس إمكانية القيام بأية تغييرات تجعلك أكثر قدرة على التحكم في الأمور.
- تعلم كيف تحسن استغلال وقتك بشكل أفضل لأن معظم التوتر الذي يعاني من الناس ناجم عن أعباء العمل المتزايدة.

ولكي لا يكون العمل طبيعيا وقابلا للتغير اكتب لائحة بأهدافك اليومية حسب أولوياتها، وأشر على المهام المنجزة لأن ذلك يعطيك الإحساس بأنك أنجزت شيئا؟

- تنفس بعمق وبشكل متزايد للتخفيف من التوتر.
- تجنب تناول أية عقاقير خطرة تزيد شعورك بالتوتر، بما في ذلك الكوكايين والكحول.
- اعتن بصحتك وتناول طعاما صحيا وامتنع عن الكحول وتناول الكافيين باعتدال، وصحيح أن المشروبات التي تحتوي على الكافين مثل القهوة والشاي أو الشوكولا الساخنة هي منبهات مفيدة، لكنها يمكن أن تساهم في زيادة التوتر.
- مارس الرياضة بانتظام، فالتمارين المنتظمة تساعد على تحريك واستخدام مقادير كبيرة من الأدرينالين (الناتج عن التوتر) وبالتالي تساعد على تهدئتك.
- حاول القيام ببعض تقنيات الاسترخاء كل يوم، كاليوغا والتدليك.
- نم جيدا في الليل وخذ قسطا كاف (7-8 ساعات كل ليلة) لمواجهة التوتر، فالحرمان من النوم على المدى الطويل يعرضك لمشاكل جسدية ونفسية.

فالحرمان من النوم يجعل الجسم مغلوبا على أمره، وهو سيخفض فعاليتك ويعطل قدرتك على التغلب على الضغط النفسي.

ستعرف مدى صحة نموذج نومك إذا استيقظت نشيطا ومتجدد القوى، ولكن قلما يتمتع الإنسان بنوم كامل وجيد. (www.balagh.com)

أيضا من وسائل مواجهة الضغط والإرهاق:

هناك عدد من السلوكيات التي توصي بها الجمعية الوطنية للسلامة الذهنية بهدف التخلص من الضغط والإرهاق مارسها وستلاحظ الفرق:

1- التمارين الرياضية المنتظمة والأكل بشكل جيد.

2- اجعل أهدافك ومشاريعك واقعية.

3- حدد جدول أولوياتك.

4- قم بمهمة واحدة أثناء العمل.

5- خذ استراحات قصيرة عندما يتطلب الأمر.

6- تعلم أساليب الاسترخاء والعلاج الطبيعي.

7- تذكر أنه ليس من إنسان كامل.

8- تعلم أن تقول (لا).

9- كن مرنا.

10- تجنب المنافسات الشاقة.

11- قم بحساب توقعاتك تجاه الآخرين.

12- تحكم في حالات غضبك.

13- كن صادقا مع أصدقائك وعائلتك.

14- اتخذ أصدقاء ممن تستطيع أن تثق بهم وتحبهم. (www.nmha.org)

15- لا تقلق نفسك حول الأشياء التي لا تستطيع السيطرة عليها، مثل الطقس.

16- حاول النظر إلى التغيير كتحدي إيجابي، وليس كتهديد.

17- هيء نفسك قدر المستطاع للأحداث التي تعرف أنها مسببة للضغط النفسي، مثل مقابلة للحصول على عمل.

18- ابتعد عن الضغوطات اليومية بالالتحاق بالرياضة الجماعية والمناسبات الاجتماعية والهوايات. (http://elssafa.com)

ابن حياة متوازنة:

إذا كان الاعتدال هو مفتاح الصحة الجسدية، فإن التوازن هو مفتاح الصحة النفسية، لذا وازن العمل، واللهو، والرياضة، والراحة، والتساهل، والانضباط، ووازن بين الاعتماد على الذات، والاعتماد على الآخرين، والعزلة، والتآلف مع الآخرين، وأخيرا وازن بين عقلك، وجسمك للمحافظة عليهما في حالة صحية جيدة، وفي وضع ملائم. (www.balagh.com)

متى تحتاج للمساعدة ربما تحتاج إلى الذهاب لأخصائيين بأمراض الإرهاق والتوتر إذا ما وجدت نفسك تعاني من أحد الأعراض التالية:

1- الشعور الدائم بالهزيمة والقهر.

2- التوتر في علاقاتك.

3- الأداء الضعيف في العمل.

4- إذا كنت عاطفيا بشكل مفرط.

5- أمور صغيرة تسبب لك الإزعاج بشكل دائم.

6- الأرق.

7- الإرهاق. (www.kenana inoline. Com)

ماذا يمكن أن تفعل للتقليل من آثار الضغط النفسي:

كما سبق وذكرنا أن الضغط النفسي" مجموعة من ردود الفعل الجسدية والعقلية لمواجهة التغير، وهو يبدأ بـ(الضغط النفسي المتأقلم (Adaptive) ليتحول إلى قلق مزمن (Anxielt)، ثم إلى كآبة (Depression) وانهيار،(Break down).

في المرحلة الأولى: الإنسان يتلقى الإنذار ويبدأ بالتعبئة لمواجهة مصدر الضغط.

أما المرحلة الثانية: فهي الصمود في وجه الضغط، وهنا ترى الإنسان يتأقلم لحالته الجديدة، في هذه المرحلة يكون بناء مفيد ويحفز على العمل ويزيد الإنتاجية، في وقت الامتحانات مثلا يفرز الجسم نسبة مرتفعة من الأدرينالين، وهذه النسبة ترفع مستوى التفكير والذاكرة.

لكل إنسان مقدرة مختلفة عن الآخر لتحمل الضغط، والخطوة الأولى هي معرفة هذه المقدرة، فإذا زاد التوتر عن الإنسان تحمل الضغط والتأقلم، هنا تبدأ مرحلة الضغط النفسي السيء، حيث تظهر الأعراض العضوية. (www.alhiwar.info)

وعادة ما يعتبر الابتعاد عن الأجواء التي تسبب الضغط النفسي من أنجح الوسائل القادرة على التخفيف من حدته وآثاره. (www.annabaa.org)

للتقليل من آثار الضغط

فإن الخطوة الأولى هي أن تتعلم أن تعرف ما إذا كنت تعاني من الضغط النفسي ، وتشمل إشارات الإنذار المبكر للضغط النفسي توترا في اكتافك، ورقبتك أو انقباض يديك.

إن الخطوة الثانية هي أن تختار طريقة التعامل مع الضغط النفسي الذي تعاني منه، أحد الطرق هي أن تتحاشى الأحداث أو الأشياء التي تؤدي للضغط النفسي، لكن في أغلب الأحيان هذا ليس ممكنا، طريقة أخرى هي أن تغير كيفية التعامل مع الضغط النفسي في أغلب الأحيان، هذه هي أفضل طريقة.

http://elssafa.com

كيف يستطيع الأهل أن يساعدوا للتخفيف من الضغوط

يستطيع الأهل بدون شك وبشكل عام أن يتحدثوا إلى أطفالهم عن الضغوط النفسية، فهم يستطيعوا من خلال خبراتهم الشخصية مع هذه الضغوط

أن يتحدثوا قليلا حول ذلك، وما فعلوا أو يفعلون بأنفسهم تجاه ذلك، هذا يسهل على الأطفال أن يتحدثوا قليلا عن مشاكلهم، فيدركون أن قليلا من الضغط النفسي أمر طبيعي يعايشه كل الناس. عندما يكون الأهل على معرفة بأن هناك مجالات محددة تهيء طفلهم لأن يكون عرضه للضغوط النفسية يمكن للأهل أن يتحدثوا حول خبراتهم الطفولية، فذلك يساعد الأطفال عندما يعلمون أن الأب أو الأم عندما كان طفلا كان يخاف من الامتحانات مثلا وعندما يثق الأطفال بأهلهم ويحدثوهم بشيء فإن ذلك يكون دليلا ثقة يجب على الأهل أن يقدروها، ويكونوا أهلا لها. وهذا يعني:

1- عدم السخرية من الأطفال مهما كانت المشكلة سخيفة في أعين الكبار.

2- عدم الحديث عن مشاكل الأطفال دون موافقتهم على ذلك.

3-عدم استخدام عبارات / أتركها تزول لوحدها/ أو مثل هذه الوعود الكاذبة.

4- أبدا لا يفرض على الأطفال ماذا عليهم أن يشعروا بعبارات مثل (يجب أن لا تخاف من ذلك) فهي لا تساعد الأطفال الذين يشعرون بالخوف بشكل واضح.

5- عدم إملاء أوامر على الطفل أو نصائح جاهزة مثل (بما عليك أن تفعل هذا وذاك).

يفضل بدل ذلك أن يقوم الأهل بما هو آتي:

1- يسألوا الطفل بلطف ورفق/ ما الذي يزعجك ويضايقك/ محاولة معرفة تلك الأسباب.

2- يضعوا أنفسهم مكان الطفل، ويبذلوا جهودهم ويتفهموا مشكلته.

3- إعطاء مقترحات حلول، ولا يغضبوا إذا رفض الطفل ذلك.

4- يفكروا سوية مع الطفل كيف يتعامل المرء مع هذه الضغوط والتخفيف من حدتها، على سبيل المثال تسجيلهم في دورات استرخاء ونقاهة.

5- عدم تناسي المشكلة بعد المحادثات الأولى مع الطفل، بل متابعة ذلك على الدوام وملاحظة أي تغير.

ويمكن تخفيف الضغوط النفسية والتغلب عليها لدى الأطفال بعدة أساليب، منها الاستراتيجيات المناسبة لتغيير العوامل والشروط التي تثير وتسبب هذه الضغوط، ونذكر منها:-

1- أن ينظم الأطفال أوقاتهم بحيث يكون لديهم بالمحصلة وقتا للعب والراحة والسكينة.

2- أن يتعلم الأطفال أن يعبروا عن رأيهم بشكل واضح وصريح ودون خوف عندما يكونون واقعين تحت وطأة الضغوط النفسية، وأن يناقشوا مع الآخرين السبل التي تمكنهم من التعامل مع الأوضاع والحالات المزعجة والمقلقة بشكل أفضل (طنجور، 2001) .

-الوقاية السيكاترية:

الخطوات الوقائية من الاضطرابات النفسية خاصة الذهانية عند الأطفال ما يلي:

1- فحوصات ما قبل الولادة على أنواعها، والتي تهدف لتدعيم إمكانية الاكتشاف المبكر لبعض هذه الحالات.

2- إخضاع حديثي الولادة (أو الفئة المالكة لعوامل الخطر) لبرنامج فحوصات (Screening) فحص الفينيل أو الهرمون الدرقي.

3- المتابعة المتأنية للحالات التي تملك وراثة ذات خطر انتقال مرتفع.

4- الاحتياط للانتقالات الكروموسومية التي يمكنها أن تنجم عن:

أ . أخطاء تغذية الأم الحامل (زيادة أو نقصان).

ب. تعرض الأم الحامل للأشعة أو السموم.

جـ. الوقاية من الأمراض.

5- التثقيف الصحي للعائلة وعدم قدرتها على الاكتشاف المبكر للطفل المختلف.

6- تدريب الأطباء على التعامل مع المشاكل العملية المرافقة لهذه الحالات.

وتشير الاحصاءات إلى توزيع عوامل الخطر وفق مصادرهـا، لـدى الطفـل نفسه أو لدى الأم أو لدى العائلة أو المجتمع، ونبدأ بـ:

- **الأخطار لدى الأطفال.**

تحدد عوامل الخطر الممكنة الملاحظة على الطفل كما يلي:

1- الطفل الخديج (مولود قبل أوانه وكل المواليد ناقصي الوزن).

2- التوائم.

3- الإصابات بأمراض الطفل حديث الولادة.

4- الإصابات الدماغية - العضويـة بأنواعـها (أيضيـة- جينيـة أو بسـبب نقـص الأكسجين).

5- قصور الحواس.

6- التشوهات الخلقية الخطيرة.

7- الحاجة المبكرة لعلاج طبي اختصاصي.

8- الأمراض الجسدية.

- **الأخطار لدى الأم:**

1- الحامل في سن غير مناسب.

2- إهمال الحمل وعدم مراعاة ظروفه.

3- وجود سوابق سيكاترية لدى الحامل.

4- إصابة الحامل بذهان الحمل.

- **الأخطار العائلية:**

1- السوابق السيكاترية العائلية.

2- الطلاق (أو انفصال الأهل بسبب الهجرة وغيرها).

3- خلافات الأهل الحادة.

4- وفاة أحد الوالدين.

5- نقص التواصل داخل العائلة.

- **الأخطار الاجتماعية:**

1- الشدة الوبائية (كوارث تصيب المجتمع).

2- الأزمة الاقتصادية (نقص الرعاية الصحية وغيرها).

3- التمييز داخل المجتمع.

انطلاقا من هذه العوامل يمكن وضع خطط وقائية وهي خطوات وقائية أولية تهدف أساسا لتأمين أجواء صحية للطفل تقلل من احتمالات إصابته، وتهتم هذه الخطوات بالعائلة والمجتمع، حيث يتضمن برنامج **الوقاية الأولية** خطوات من وعي وتثقيف الأهل وتأمين الغذاء والرعاية الصحية الأولية للطفل (لقاحات، علاج).

أما الوقاية الثانوية فهي تقتضي التعاون الوثيق بين الأطباء والأخصائيين المعنيين بصحة الطفل، وبين هؤلاء وكل من الأهل والسلطات الصحية، إلا أن الاكتشاف والعلاج الوقائي المبكر للحالة يبقى الخطوة الوقائية الصعبة الأساسية.

السبل المقترحة للتشخيص المبكر: إن غياب الجداول العيادية التي يمكن الاستناد إليها في عمليات التشخيص المبكر تجعل منه عملية شاقة، وتزداد صعوبة هذه العملية بسبب المعوقات القصور في التصنيف ومعوقات أخرى، وهذا يضيق السبل والخيارات المتاحة للتشخيص المبكر، وتزداد الصعوبة في الدول النامية بسبب تراكم عوامل نقص الإمكانيات المادية والبشرية ونقص الآلات والمعدات، وهذا يتبعه صعوبة إقرار مشاريع وطنية للوقاية السيكاترية.

لذلك هناك حصر لبعض الاقتراحات منها:

1- إرشاد: مبدأ عيادة الإرشاد الوراثي (محاولة تحديد عوامل الخطر).

2- المتابعة الدقيقة للجنسين (بالوسائل المتوافرة).

3- الفحص عقب الولادة مع تصنيف الأطفال وفق حالاتهم فور الولادة.

4- تدريب الأهل على طرق مراقبة الأعراض المحتمل ظهورها عند الطفل.

5- تثقيف الأهل وتعريفهم بجداول النمو العقلي- العضوي، مع تنبيههم إلى ضرورة مراجعة الطبيب في حال تخلف نمو طفلهم عن متوسط هذه الجداول.

6- إجراء فحوصات متابعة انتقائية للأطفال المعرضين (كل حسب حالته).

7- تدريب أطباء الأطفال على سبل التشخيص المبكر لكل من هذه الظواهر على حدة، مع تعريفهم بالبدايات اللانمطية لبعض الأمراض العقلية، وإطلاعهم على الحالات المكتشفة وعلى الملاحظات المسجلة حول بداية هذه الظواهر. (النابلسي، 2002)

وأخيرا هناك بعض الإرشادات التي تصلح لأن يتبعها الوالدان في تربية أطفالهما:

1- ساعد طفلك على اكتساب الخبرة والتجربة للوصول إلى النجاح.

2- حاول أن تبادر إلى الاستجابة الصحيحة للإرشادات التي يطلقها الوليد كالبكاء في حالة الكرب.

3- حبك لطفلك يجب ألا يحجب الحقائق عن عيونك، تنبه إلى العلامات والأعراض المبكرة للمراهقة، كالميل إلى العزلة والكآبة والتقصير في أداء الواجبات المدرسية والاتجاه نحو المشاكسة.

4- كن واضحا في معاملتك للطفل فالأطفال لا يفهمون اللون الرمادي.

5- تفادى خوض المواجهات التي لا ضرورة لها.

6- كن نموذجا حسنا يقلده طفلك.

7- أظهر استحسانك للمنجزات الحسنة التي يحققها طفلك.

8- كن معقولا وضع الحدود الواضحة، دع طفلك يفهم حقيقة ما تريده منه.

9- في حال الانفصال بين الزوجين، عليهما أن يفكرا بأطفالهما في المقام الأول وإذا كان الأمر متعلقا بالأطفال، فدور الوالدين لا ينتهي في حالات الطلاق أو الانفصال.

10- إذا كان الطفل مصابا برضة عاطفية فلا يعني ذلك أن أمره قد انتهى وأنه ميؤوس منه.

وما يحتاج إليه الأطفال هو الفهم الفاعل من جانب والديهم، وذلك عن تطورهم من مرحلة الاعتماد على الوالدين، إلى مرحلة الاستقلال. (الجبالي، 2005)

من خلال ما أظهرته الدراسة التي قام بها مطاوع (2006) من نتائج أنه قام بوضع توجهات بضرورة اضطلاع الأسرة، ووسائل الإعلام، ومؤسسات التعليم، ومؤسسات المجتمع الأخرى بمسؤولياتها تجاه تربية الطفل، والسعي إلى حل ما يواجههم من مشكلات صحية، أو سلوكية، أو تعليمية، أو اجتماعية.. الخ، ويتطلب ذلك ما يلي:

1- تكثيف الجهود لتوعية الأسرة بمهامها ومسؤولياتها تجاه أبنائها وبخاصة الأم، وتثقيفها حول الطفولة وخصائصها، وتبصيرها ببرامج الطفولة التي ترعاها الجهات الحكومية والأهلية.

2- توعية الأسرة بأهمية مرحلة رياض الأطفال والمناهج التربوية المناسبة لهذه المرحلة، وأساليب تطبيقها.

3- المزيد من العناية بتثقيف الطفل، وذلك بتشجيعه على القراءة، وتنمية قدرته على الثقة، والتقويم، وإصدار الأحكام.

4- تعزيز تناول وسائل الأعلام المختلفة لمشكلات الطفولة، ولا سيما الخطط والبرامج الإعلامية التي تستهدف التعريف بالمعاهدات، والمواثيق بحقوق الطفل.

5- الاهتمام بتطوير البرامج الإعلامية الهادفة للأطفال، وإخضاعها للتقويم المستمر في ضوء الضوابط الأخلاقية للمجتمعات العربية.

6- تضمين المناهج التعليمية للأطفال مفاهيم علمية وظيفية مفيدة لهم في حياتهم.

7- التطوير المستمر لمناهج المؤسسات التعليمية للأطفال، بما ييسر مسايرتهم لعصر الثورة العلمية والتكنولوجية، في إطار المعايير والقيم العربية الإسلامية.

8- معالجة المشكلات التي تعوق المسيرة التعلمية للأطفال، وتؤدي إلى رسوبهم، وتسربهم، وانحرافهم، وقبولهم.

9- عمل دراسات تقويمية تتبعية مستمرة، للتعرف على أثر مناهج الأطفال في تحقيق النمو الشامل المتوازن لديهم، وذلك لدعم النواحي الإيجابية، وتلافي نقاط الضعف بها.

10- تبني المزيد من البرامج التربوية والتعليمية لتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

11- إعادة النظر في القصص التربوية والتعليمية المقدمة للطفل، لعدم تلاؤم بعضها مع خصائص مرحلة الطفولة.

12- الإعداد الجيد للمعلمين الذين يوكل إليهم قدر كبير من مسؤولية تربية الناشئة وتعليمهم.

13- إدراج مقرر تنمية مهارات التفكير ضمن المقررات الأساسية في برامج إعداد المعلمين.

14- تطوير برامج تدريب المعلمين في أثناء الخدمة، لإكسابهم المعلومات، والاتجاهات، والمهارات وتنمية القيم لديهم ليقوموا برسالتهم في تربية الأطفال على النحو المأمول.

15- تقديم تدريب كاف لجميع العاملين في رياض الأطفال للارتقاء بمستوى أدائهم في التعامل مع الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة.

16- تعزيز الدور الحكومي والأهلي في تعليم الطفل، مع تأكيد أهمية جودته، وفق مواثيق حقوق الطفل.

17- تشجيع جميع مؤسسات المجتمع على بذل المزيد من الجهد للحد من المشكلات الصحية، والتعليمية، والسلوكية، والاجتماعية التي يعاني منها الطفل العربي.

18- توعية أفراد المجتمع العربي ومؤسساته بتبعات الإساءة للأطفال، وإهمالهم، لوضع الآليات المناسبة للحد منها.

19- تنويع النشاطات الإثرائية في بيئة الطفل، بما يساعده على استيعاب الخبرات المتعددة التي يتعرض لها .

20- الاهتمام بالتفاعل المعرفي والاجتماعي والسلوكي، والعاطفي للطفل في البيئة المحيطة.

21- تنمية العلاقة العاطفية من الطفل وأسرته، لزيادة توافقه، والحد من العدوانية لديه.

22- الاهتمام بالنمو اللغوي للطفل، كي يعبر عن ذاته، ويصبح أكثر قدرة على التواصل مع الآخرين.

23- الحرص على إكساب الطفل مفاهيم سوية وبناءة له ولمجتمعه في المجالات الثقافية والمعرفية والأخلاقية.

24- إعداد أدلة شاملة لخصائص الطفل في كل مجتمع من المجتمعات العربية، تشمل قاعدة معلومات للطفولة.

25- تدارس التجارب الرائدة في تربية الأطفال وحل مشكلاتهم، من خلال مركز أبحاث الطفولة، لمساعدة جهات الاختصاص والمربين والآباء. (مطاوع، 2006)



المراجع العربية

1. إبراهيم، عبد الستار، والدخيل، عبد العزيز، وإبراهيم، رضوى، (1993)، **العلاج السلوكي للطفل**، عالم المعرفة، كانون أول.
2. أبو النصر، مدحت، (2005)، **الإعاقة العقلية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية**، مجموعة النيل العربية.
3. أبو حميدان، يوسف، والعزاوي، محمد الياس، (2001)، **تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية (الماضي، الحاضر، المستقبل) وعلاقتها بمتغيرات الجنس والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية لدى عينة من المعلمين الملتحقين بالدراسة في جامعة مؤتة**، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية، مجـ17، ع2، ص 119-134.
4. أبو حويج، مروان أبو مغلي، سمير (2004)، **المدخل إلى علم النفس التربوي**، مكتبة اليازوري.
5. أبو حويج، مروان وعصام الصفدي، (2001)، **المدخل إلى الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
6. أسعد، ميخائيل إبراهيم،(1986)، **علم الاضطرابات السلوكية**، مؤسسة النوري للطباعة والنشر والتوزيع،سوريا.
7. الجبالي، حمزة، (2005)، **النمو النفسي والعاطفي والاجتماعي عند الأطفال**، دار صفاء للنشر والتوزيع.
8. الجسماني، عبد العلي، (1994)، **علم النفس وتطبيقاته الاجتماعية والتربوية**، الدار العربية للعلوم، لبنان.
9. الجشي، بهية، (2000)، **أطفالنا والتلفزيون: تنمية مهارات المشاهدة الايجابية الناقدة**، **مجلة الطفولة العربية**، الكويت، مجـ 61، ع5، ص 45-68.

10. الخواجة، فرج، (2004)، التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال، مجلة الطفولة العربية ، الكويت، مجـ5، ع19، ص83-84.

11. الدر، إبراهيم فريد، (1983)، الأسس البيولوجية لسلوك الإنسان، دار الفرقان الجديدة.

12. الدليم، فهد بن عبد الله، (2004)، العوامل المؤدية إلى عدم الإقبال على العلاج النفسي كما تدركها عينة من المرضى النفسيين، دراسة استطلاعية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجـ5، ع3، ص 265-304.

13. الرفاعي، نعيم، (1982). الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف.

14. الرواشدة، شهريار، (2006)، أثر البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتج)، في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

15. الزق، أحمد يحي، (2006)، علم النفس، دار وائل للنشر، عمان.

16. السبيعي، عدنان، (1981)، من أجل أطفالنا، مؤسسة الرسالة.

17. السيد، منصور محمد، (2000)، مدى فعالية برنامج إرشادي في تخفيف السلوك العدواني لدى أطفال دور الرعاية الاجتماعية بمحافظة أسوان، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، ع44، ص 107-123.

18. الشريف، سوسن عبد اللطيف، (2005)، رؤية العالم لدى عينة من الأطفال المصريين بالتعليم الإعدادي (النظرة إلى الدول العربية)، مجلة الطفولة العربية، مجـ7، ع25، ص 62-85.

19. الشريف، سوسن، (2004)، تكامل الجهود الأهلية والحكومية في مواجهة ظاهرة أطفال الشوارع، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ5، ع18، ص93-98.

20. الشناوي، محمد محروس، (1997)، التخلف العقلي، الأسباب، التشخيص، البرامج، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

21. الصبوة، محمد نجيب، (2007)، العلاج المعرفي، السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي: رهاب الإملاء، مجلة الطفولة العربية، الكويت،ع 30، مجـ8، ص 31-57.

22. العتوم، عدنان الشيخ، والجراح، عبد الناصر، (2005)، دوافع اللجوء إلى الكذب لدى الطلبة المراهقين في المرحلة الثانوية، مجلة العلوم التربوية، مجـ32، ع1، ص128-139.

23. العطار،محمد، (2006)،أطفالنا والتنشئة السياسية،مجلة الطفولة العربية، مجـ8، ع 29، ص 89-95

24. العناني، حنان، (2005)، الصحة النفسية، دار الفكر، عمان.

25. الغرايبة، فيصل، (2007)، مشكلات وقضايا أمام الشباب العربي، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ3، ع3، ص86-95.

26. القاسم، جمال مثقال، (2000)، علم النفس التربوي، دار صفاء للنشر والتوزيع.

27. القاسم، جمال، وعبيد، وماجدة، الزعبي، عماد، (2000)، الاضطرابات السلوكية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.

28. القضاة، خالد، (1999)، الاكتئاب لدى الأطفال: علاقته بالبيئة الأسرية والكفاءة المدركة والتحصيل الأكاديمي في عينة من طلبة الصف السادس الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية

29. القضاة، مأمون، (2004)، التكيف النفسي الاجتماعي لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعليمية في مدينة عمان وعلاقته بالتحصيل الدراسي والجنس ونوع المدرسة، رسالة غير منشورة، جامعة عمان العربية.

30. القوصي، عبد العزيز، (1981)، تيارات جديدة في العلاج النفسي.

31. الكندري، يعقوب والرشيدي، عفاف، (2006)، أساليب المعاملة الوالدية السلبية وعلاقتها ببعض المتغيرات، ودراسة مقارنة لأبناء الشهداء وأبناء غير الشهداء في المجتمع الكويتي، مجلة الطفولة العربية، مجـ7، ع26، ص8-23.

32. المليجي، حلمي، (2000)، علم النفس الإكلينيكي ، دار النهضة العربية.
33. النابلسي، محمد أحمد، (2002)، العلاج الوقائي للظواهر الذهانية المبكرة عند الأطفال، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ2، ص 26-48.
34. الهابط، محمد السيد، (1985)، التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث.
35. بارون، خضر عباس، (2005)، بعض خصائص الشخصية لدى عينة من الأطفال الأيتام، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ6، ع22، ص8-30.
36. بسباس، محمد، (2005)، خصائص خطاب المدرسين الموجه إلى التلاميذ: دراسة تحليلية للمضمون التربوية والاجتماعي، مجلة الطفولة العربية، مجـ6، ع22، ص31-520.
37. بطرس، بطرس حافظ ،(2007)، إرشاد الأطفال العاديين، دار المسيرة ، عمان.
38. بلقيس، أحمد، ومرعي، توفيق، (1983)، الميسر في علم النفس التربوي، دار الفرقان.
39. بندلي، كوستي ،(1994)، الولد الخجول، وتربية الثقة بالنفس، جروس، برس، طرابلس، لبنان.
40. بندلي، كوستي ،(1994)، عصبية الولد ... وتوتر الوالدين، جروس برس، طرابلس، لبنان.
41. بندلي، كوستي، (1994)، عناء الولد ... وسلطة الوالدين، جروس، برس، طرابلس، لبنان.
42. توفيق، توفيق عبد المنعم، (2001)، العلاقة بين خصائص شخصية الأمهات وإدراكهم للمشكلات السلوكية للأبناء في مرحلة الروضة، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ2، ع8، ص 7-28.
43. توفيق، توفيق عبد المنعم، (2003)، العلاقة بين إساءة معاملة الطفل وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ4، ع15، ص9-35.

44. توق، محي الدين، وعباس، علي، (1990)، أنماط رعاية اليتيم وتأثيرها على مفهوم الذات في عينة من الأطفال في الأردن، مجلة العلوم الاجتماعية، مجـ9، ع3، ص 71-98.

45. جبل، سمية طه، (1998)، التخلف العقلي استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية، مكتبة النهضة المصرية – القاهرة.

46. حجازي، محمود مقداد، (2001)، مسيرة التقدم في مقاربات الصحة النفسية من خلال كتاب الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي معتمد في البيت، مجلة الطفولة العربية، مجـ2، ع8، ص 66-76.

47. حجازي، مصطفى، (1986)، التخلف الاجتماعي، سيكولوجية الإنسان المقهور، معهد الإنماء العربي.

48. حسن، هدى جعفر، (2006)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بضغوط العمل والرضا عن العمل، مجلة دراسات نفسية، مجـ16، ع1، ص 83-103.

49. حسين، طه عبد العظيم، وحسين، سلامة عبد العظيم، (2006)، استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان.

50. حمزة، جمال مختار، (2001)، سلوك الوالدية الابتدائي للطفل وأثره على الأمن النفسي له، مجلة علم النفس، ع 58، سنة 15، ص 128-143

51. خليفة، هند، (2004)، العوامل المؤثرة في الأعمال الإبداعية المقدمة للطفل في المجتمع العربي (دراسة استطلاعية تطبيقية على الشخصية الكرتونية المقدمة للطفل العربي)، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ5، ع18، ص 27-74.

52. دافيدون، ليندا. (1983). مدخل إلى علم النفس، ترجمة سيد الطواب، دار ماكروهيل.

53. رمضان، السيد، (1990)، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، المكتب الجامعي الحديث.

54. رمضان، رمضان محمد، (2004)، مدى فاعلية برنامج تدريبي على تحسين

فعالية الذات الرياضية وأثره على التحصيل الدراسي لدى عينة من تلاميذ الصف الخامس الابتدائي، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ5، ع20، ص 51-24.

55. زيدان، محمد مصطفى (؟؟). دراسة سيكولوجية تربوية لتلميذ التعليم العام، دار الشروق.

56. زيدان، محمد مصطفى، (1985)، النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق.

57. زيعور، محمد (1993)، الصحة النفسية للطفل والمراهق، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر.

58. سلطان، عبد المحسن، (2005)، دور المجتمع نحو أبنائه من ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع.

59. سليمان. خالد ،والقضاة، خالد، (2004)، أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بالاكتئاب لدى الأطفال (دراسة على عينة من الأردن)، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ5، ع20، ص 8-23.

60. سليمان، محمد السيد عبد الرحمن، (1998)، دراسات في الصحة النفسية، دار قباء، القاهرة.

61. شعبان. كاملة، وتيم، عبد الجابر (1999)، الصحة النفسية للطفل، دار صفاء.

62. شيخاني، سمير، (1981)، علم النفس في حياتنا اليومية، دار الفرقان الجديدة.

63. شيفز، شارلز، وميلمان، هوارد، ترجمة نسيمة داوود، ونزيه حمدي، (2001) مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، منشورات الجامعة الأردنية.

64. صقر، محمد حسين، (2004)، برنامج مقترح ضمن مناهج العلوم لتعديل الاتجاهات نحو التدخين وتعاطي المخدرات، المجلة التربوية، مجـ18، ع71، ص 214-158.

65. ضمرة، جلال، (2008)، الاتجاهات النظرية في الإرشاد، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

66. ضمرة، جلال، وأبو عميرة، عريب، وعشا، انتصار، (2007)، **تعديل السلوك**، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

67. طنجور، اسماعيل محمد، (2001)، **الضغوط النفسية عند الأطفال، مجلة الطفولة العربية**، الكويت، مج2، ع7، ص 74-79.

68. طنوس، عادل،(1994)، **فاعلية أسلوبي الاستجابة المنافسة والضبط الذاتي في معالجة قضم الأظافر**، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية.

69. عاقل، فاخر، (1998)، **علم النفس التربوي**، دار العلم للملايين.

70. عبد الخالق، أحمد محمد. (2004)، **عادات النوم لدى المراهقين الكويتين، مجلة الطفولة العربية**، مج6، ع21، ص 21-35.

71. عبد الخالق، أحمد محمد، واليحقوقي، نجوى، (2004)، **معدلات انتشار القلق وارتباطاته ومنبئاته لدى عينات من الطلاب اللبنانيين، المجلة التربوية**، مج18،ع71، ص 11-50.

72. عبد الخالق، أحمد محمد، وعبد الغني، محمد، (2005)، **معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين، مجلة الطفولة العربية**،الكويت ، مج6،23، ص8-25.

73. عبد الرحمن، محمد عبد العزيز، (2003)، **القبول/ الرفض الوالدي كما يدركه ذوي الإعاقة الجسمية وعلاقته بالمشكلات النفسية**، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عين شمس.

74. عبد الكافي، اسماعيل، (2004)، **الدور الحيوي للمعلم في تنمية الابتكار لدى أطفال رياض الأطفال، مجلة الطفولة العربية**، الكويت، مج5، ع18، ص 48-62.

75. عبد اللا، محمد الصافي، (2001)، **القبول / الرفض الوالدي وعلاقته بالتفكير الابتكاري لدى الأطفال الصم**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.

76. عبد اللطيف، آذار، (2001)، **العلاقة بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين جسديا**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

77. عبد الله، محمد قاسم، (2001)، أمراض القلق وعلاقتها بالكف السلوكي لدى الأطفال، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ3، ع9، ص81-95.

78. عبد الله، محمد قاسم، (2001)، الطفل صعب المزاج، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ2، ع8، ص 81-85.

79. عبد الله، محمد قاسم، (2002)، العلاقة بين المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدى عينة من الأطفال السوريين، مجلة الطفولة العربية، الكويت،مجـ3، ع11، ص7-37.

80. عبد الله، محمد قاسم، (2004)، مصدر الضبط وعلاقته بكل من التفاؤل والتشاؤم لدى الأطفال، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ6. ع21.ص8-20.

81. عبد الله، محمد قاسم، (2005)، فاعلية برنامج إرشاد سلوكي جمعي في تنمية المهارات الاجتماعية وتحسين التكيف لدى الأطفال، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ6،ع23، ص 46-62.

82. عبد المعطي، مصطفى عبد الباقي، (2006)، دراسة نفسية للكشف المبكر عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين، مجلة علم النفس، ع71-72، سنة 19، ص114-129.

83. عبيد، ماجدة (2000)، السامعون بأعينهم (الإعاقة السمعية)، مكتبة صفاء للنشر والتوزيع،عمان.

84. عبيد، ماجدة (2001) رعاية الأطفال المعاقين حركيا، دار صفاء.

85. عبيد، ماجدة، (2000)، المبصرون بآذانهم (الإعاقة البصرية)، دار صفاء،للنشر والتوزيع عمان.

86. عبيد، ماجدة، (2000)، تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

87. عثمان أكرم، (2002)، الخطوات المثيرة لإدارة الضغوط النفسية، دار ابن حزم بيروت.76

88. عشوي، مصطفى، ودويري ، مروان، (2006)، تأثير أنماط المعاملة الوالدية في الصحة النفسية لطلاب وطالبات الثانويات (في المنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية)، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ7، ع 27، ص35-56.

89. عقل، أنور، (2005)، تقويم السلوك الصفي، مجلة التربية، ع143، ص 135-117.

90. علي، عبد السلام، (2001)، أساليب التوافق النفسي والاجتماعي مع أخطاء الحياة اليومية وعلاقتها بالرضا على العمل،مجلة علم النفس، ص 43-59.

91. علي، علي عبد السلام، (2001)، أساليب التوافق النفسي والاجتماعي مع أخطاء الحياة اليومية وعلاقتها بالرضا على العمل، مجلة علم النفس، ص 43-59.

92. غيث، سعاد، (2006)، الصحة النفسية للطفل، دار صفاء، ط1.

93. فزازي، عبد السلام، (2004)، التلفزة والتنشئة الاجتماعية للطفل، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ 5- ع20، ص92-121.

94. قطامي، نايفة، (2005)، الصداقة عند أبناء الأمهات العاملات في مدينة عمان وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الطفولة العربية، مجـ6، ع23، ص26-45

95. قنطار، فايز، (1998)، دور الأسرة والروضة في نمو الطفل من الناحية العقلية والانفعالية والاجتماعية واللغوية، بحوث المؤتمر الدولي الأول لطفل الروضة بدولة الكويت، ابريل، ص 97-117

96. قويدري، العربي عطا الله، (2002)، مفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين في المجتمع القطري، مجلة التربية، ع143، ص172-185.

97. كيال، باسمة ،(1993)، سيكولوجية الطفل، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر.

98. لازاروس، ريتشارد (1984). الشخصية، دار الشروق، ط2.

99. مجيد، سوسن شاكر، (2008)، العنف والطفولة، دار صفاء، عمان.

100. محرز، نجاح، (2003)،أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بتوافق الطفل الاجتماعي في رياض الأطفال، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة دمشق.

101. مرسي، كمال إبراهيم، (1999)، مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات.

102. مطاوع، ضياء الدين، (2006)، تقويم واقع مشكلات الطفولة العربية من منظور تربوي، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ8، ع29، ص 27-53.

103. معروف، اعتدال، (2001)، مهارات مواجهة الضغوط في الأسرة وفي العمل وفي المجتمع، مكتبة الشقري، الرياض.

104. مهداد، الزبير، (2000)، الأسرة: مصدر خبرات الطفولة المؤلمة، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ1 ، ع5، ص80- 92.

105. مهداد، الزبير، (2001)، العنف ضد الطفولة تدمير للمجتمع، مجلة الطفولة العربية، الكويت، مجـ3، ع9، ص91-95.

106. ميلر، فرويد، ترجمة عبد الكريم ناصيف (1986). سيكولوجية العدوان، دار المنارات.

107. نعامة، سليم، (1985)، سيكولوجية الانحراف، مكتبة الخدمات الجامعية.

108. هادي، فوزية، (1999)، التنبؤ بالضيق النفسي للأطفال، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، مجـ27، ع1، ص 125-133.

109. وطفة، علي أسعد، (2001)، التنشئة الاجتماعية ودورها في بناء الهوية عند الأطفال، مجلة الطفولة العربية، مجـ2، ع8، ص 92-104.

110. ياسين، عطوف محمود، (2000)، علم النفس العيادي الاكلينيكي.

111. يحيى، خولة، وعبيد، ماجدة. (2007)، أنشطة للأطفال العاديين ولذوي الاحتياجات الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، دار المسيرة، ط1.

112. يحيى، خولة، وعبيد، ماجدة، (2005)، الإعاقة العقلية، دار وائل.

113. يوسف، محمد عباس، (2003)، دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة، دار غريب.

المراجع الأجنبية

- Alexander, k,C. and Robson, L. M. (1990). Nailbiting, **clinical pediatrics Journal,** vol. 29 no 12, p.p 690-692.
- Barlow. O.H and Durand v.M (1994). **Abnormal psychology,** pacific cove. Brols, cole.
- Chokroverty. S. (1999). An overview of sleeping. Chokrorenty and R.B. Daraff (Eds.), sleep disorders medicine: Basic science , **technical consideration, and clinical aspects** (hnd ed; 7-20) Boston: Butterworth and Heinemann.
- Lubitz, L. problems of childhood. Nailbiting, Thumb, suctting ,and Irritating behavior in childhood . **Australian, family physician,** (1992). V21. N, August.
- Klatte, K.M. and Deardoff. P.A. (1981). Nail Biting and Manifest Anxiety of Adults. **Psychoplogic and Reports,** p48, 82.
- Hoff man, L. (1991). **How parents multitheir on gross fience,** 252, 125-1253.
- Rosen, Cl. (1997). Sleep disorder in infancy, childhood, and adolescence, current opinion in pulmonary medicine, 3. 449-55.
- Wolfgang., and Cisela, T. (1999). (Emotion regulation in early childhood A cross- Cultural comparison between German and Iapruesse Toddlars, E cross – cultural psychology, 30, 6, 684-711.

المواقع الإلكترونية:

- www. Al. Jazira. Com.
- www. Toubibonline. Com.
- www. Alhiwar infolopic; asp; cutid = 22p-Asb=120.
- www. Almuale. Net.
- http// childhood . gov.sa. /rb/ archive.
- Majdaw, makloob. Com.
- www. Sehha. Com.
- www. Hmc.Org. 99/ hmv/ health/ 37th/ islam. Sicatring. hln.
- http./mashy. Com.
- www.rahezaha.net.
- www.medicale Egypt. Com.
- www. Arabiyat. com
- www.alhiwar.info/topic.aspical ID= 22 and Mb=120.
- www.kenanaonline.com/ws/wmanzraa/blog/4331a/pag/.
- www.balagh.com/najah/550v407xhtm.
- www.tabib.com/a-680.htm.
- www.Islamonline.net.
- www.Sfhimed.sa/books/btToo31.htm.
- www.annebaa.org/nbanews/56/104.htm.
- www.kuwait.3sL.com.
- www.Shooq2.com.
- www.bdr13onet./vb/t81601.htm.
- www.najahteam.com.
- http://elssafa.com.















الضغط النفسي







